

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

FRANCIELLE LOPES ALVES

**PARTICIPAÇÃO E GESTÃO DEMOCRÁTICA DAS POLÍTICAS
PÚBLICAS: A INSERÇÃO E OS DESAFIOS DO TRABALHO DO
ASSISTENTE SOCIAL NOS CONSELHOS DE SAÚDE**

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO

EM: 20 / 02 / 04

Teresa K.L.
Teresa Kleba Lisboa
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

FLORIANÓPOLIS

2004

FRANCIELLE LOPES ALVES

**PARTICIPAÇÃO E GESTÃO DEMOCRÁTICA DAS POLÍTICAS
PÚBLICAS: A INSERÇÃO E OS DESAFIOS DO TRABALHO DO
ASSISTENTE SOCIAL NOS CONSELHOS DE SAÚDE**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Departamento de Serviço Social da Universidade
Federal de Santa Catarina para obtenção do Grau de
Bacharel em Serviço Social.**

Orientadora: Profa. Dra. Regina Célia Tamasso Mioto

FLORIANÓPOLIS

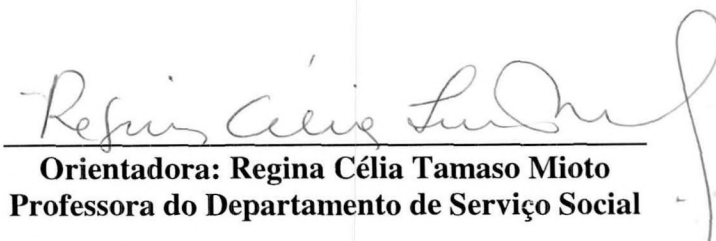
2004

FRANCIELLE LOPES ALVES


**PARTICIPAÇÃO E GESTÃO DEMOCRÁTICA DAS POLÍTICAS
PÚBLICAS: A INSERÇÃO E OS DESAFIOS DO TRABALHO DO
ASSISTENTE SOCIAL NOS CONSELHOS DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de Bacharel em Serviço Social e aprovado atendendo às normas da lei vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Graduação em Serviço Social.

BANCA EXAMINADORA:


Orientadora: Regina Célia Tamasso Mioto
Professora do Departamento de Serviço Social


Iliane Kohler
Professora do Departamento de Serviço Social


Magda Duarte dos Anjos Scherer
Assistente Social

FLORIANÓPOLIS

2004

*Para Eduardo,
Para minha família,
A eterna gratidão por esta conquista!*

AGRADECIMENTOS

No momento em que se encerra esta etapa é muito importante lembrar e conseguir manifestar gratidão àqueles que, de forma especial, participaram desse processo:

Universidade Federal de Santa Catarina, que proporcionou minha formação profissional.

Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento – CNPq que, através do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC possibilitou minha inserção no trabalho de pesquisa e, conseqüentemente, as mais significativas contribuições nesse processo de formação como assistente social.

Deus, por ser a força inteligente que me guiou neste caminho;

Eduardo, pelo amor e companheirismo, por partilhar comigo os momentos difíceis e conturbados, e os momentos de alegria e vitória. Por ter se envolvido e se dedicado aos meus sonhos, esse trabalho é seu também;

Meus pais, *Luiz e Lucia*, que despertaram em mim o desejo da vida universitária e por serem a razão de muitos sonhos;

Meus irmãos, *Carolina e André*, por apoiar e confiar nos meus propósitos, cada um a sua maneira e com igual importância;

Dalva, minha grande amiga, que com sua história me ensinou muito sobre vida e luta, com quem tive o especial privilégio de compartilhar o desejo de ser assistente social;

Minhas queridas companheiras de estudo e de festa *Sabrina, Giselli, Juliane e Telma*, pelos bons momentos vividos e por aqueles que virão;

Evelyn e Valéria, por transmitirem em seus gestos e palavras confiança e amor em Deus;

Carinhosas companheiras de estágio *Josiane, Helena e Cleidiamar*;

Demais *colegas de turma*, que, cada uma a sua forma, marcaram estes anos;

Professora *Regina*, pelo saber compartilhado, pela confiança e carinho, e pelas oportunidades oferecidas, as quais pude aproveitar e que muito enriqueceram minha formação;

Professores *Iliane e Carlos*, pela inesquecível vivência da oficina em movimentos sociais, e professora *Magda*, pelas importantes e significativas contribuições na prática desenvolvida com a comunidade Saco Grande;

Profissionais do Curso de Residência em Saúde da Família e os conselheiros do Conselho Local de Saúde do Saco Grande, por dividirem seus conhecimentos e experiências;

Se hoje este trabalho representa a maravilhosa conquista de ser um profissional de Serviço Social é porque pessoas de igual valor compartilharam momentos de dificuldades e sucesso, acreditaram nas potencialidades e contribuíram nesse processo de maneira própria e intensa. Obrigado!

*Há homens que lutam um dia
E são bons
Há outros que lutam um ano
E são melhores
Há aqueles que lutam muitos anos
E são muito bons
Porém, há os que lutam toda vida
Estes são
Os imprescindíveis
(Bertold Brecht)*

RESUMO

O presente trabalho objetiva realizar uma reflexão sobre as ações profissionais do assistente social nos conselhos de saúde. Discute o conceito de participação, resgata os paradigmas conceituais que lhe confere sentido (liberal, autoritário, revolucionário e democrático) e aponta em que graus a participação é efetivada pelos sujeitos. Recupera na história brasileira recente três momentos em que a participação se torna característica marcante nas relações entre Estado e sociedade civil, e aponta os principais espaços públicos de participação no Brasil. Destaca a discussão sobre a participação nos espaços dos conselhos, especialmente nos conselhos de saúde. Reflete sobre as formas de inserção do assistente social nos conselhos (conselheiro ou assessor), identifica e discute as ações profissionais desenvolvidas: assessoria e mobilização. Apresenta aspectos da intervenção do Serviço Social na Unidade Básica de Saúde do bairro Saco Grande/Fpolis, com especial destaque à intervenção no Conselho Local de Saúde da comunidade durante o período de fevereiro a setembro de 2003. A partir dessa discussão resgata três conceitos cruciais à intervenção nesses espaços: cultura política, política cultural e subjetividade.

Palavras-chaves: participação; conselhos de saúde; ações profissionais; assessoria; mobilização.

SUMÁRIO

1. Introdução	10
2. Participação social e cidadania	14
2.1. O cenário das práticas participativas no Brasil	19
2.2. Sociedade civil e espaços públicos de participação social na contemporaneidade	37
3. A participação nos espaços públicos de gestão das políticas: conselhos e Serviço Social	48
3.1. Conselhos de saúde no Brasil	51
3.2. O Serviço Social nos conselhos: participação e construção democrática	60
3.2.1. Os assistentes sociais nos conselhos	62
3.2.2. As ações profissionais desenvolvidas pelos assistentes sociais nos conselhos ..	65
4. A experiência do Serviço Social no Conselho Local de Saúde do bairro Saco Grande/Fpolis	72
4.1. O Serviço Social na Unidade Básica de Saúde do bairro Saco Grande	72
4.2. O Serviço Social no Conselho Local de Saúde: um processo de construção democrática	75
4.2.1. O Conselho Local de Saúde do bairro Saco Grande	76
4.2.2. A dinâmica e a condução do processo político-participativo no espaço do Conselho Local de Saúde do Saco Grande	77
4.2.3. Categorias de análise nos processos participativos	85
5. Considerações Finais	90
Referências	93
Anexos	101

1. INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso é fruto da experiência acumulada ao longo do processo de formação acadêmica, em especial das atividades desenvolvidas no período de estágio, realizado na Unidade Básica de Saúde do bairro Saco Grande, em Florianópolis, e da participação como bolsista do projeto de pesquisa *Reconstruindo o processo: a construção de uma outra cartografia para intervenção profissional dos Assistentes Sociais com famílias*¹ através de dois sub-projetos: *As ações sócio-terapêuticas* e o *Serviço Social e Serviço Social, famílias e ações sócio-assistenciais: redimensionando a prática profissional*.

A pesquisa, que forneceu subsídios concretos à organização da intervenção no campo de estágio, é também fundamento e fator impulsionante na formulação desse trabalho, na medida em que sua principal preocupação se relaciona à questão técnico-operativa da profissão que será aqui resgatada no que tange à intervenção do assistente social em conselhos de gestão de políticas.

A preocupação com a operatividade, para Miotto (2002), decorre de um entrave existente entre as exigências de uma ação mais qualificada e as respostas fornecidas pelos assistentes sociais diante da necessidade de consolidação do atual projeto ético-político da profissão e de afirmação do espaço do Serviço Social num campo cada vez mais disputado por outras profissões. A autora aponta algumas características que indicam que as ações profissionais são movidas mais por lógicas arcaicas e enraizadas culturalmente do que pela lógica da racionalidade oferecida pelo arcabouço teórico-metodológico do Serviço Social pós-reconceituação, como o predomínio do uso de uma linguagem do senso comum em

¹ MIOTO, Regina Célia Tamasso. *Reconstruindo o processo: a construção de uma outra cartografia para intervenção profissional dos assistentes sociais com famílias. Projeto de Pesquisa*. Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

detrimento de uma linguagem técnico-científica em relação à prática profissional, e a utilização de categorias de análise sem devido conhecimento ou discernimento quanto às matrizes teóricas às quais estão vinculadas.

Para a autora, apesar do fato de os assistentes sociais deterem uma visão crítica da realidade, a persistência da contradição entre conhecimento teórico-metodológico/ético-político e ações profissionais está relacionada às formas vigentes de capacitação profissional para a intervenção, à incipiente produção bibliográfica sobre a dimensão técnico-operativa do Serviço Social pós-reconceituação, bem como à natureza e à complexidade das ações profissionais.

Mioto (2002, p. 8) considera que a produção teórica do Serviço Social quanto a sua operatividade é escassa, quando comparada com as produções relacionadas às análises da profissão e ao debate dos direitos sociais e das políticas sociais de forma geral. A autora adverte que os esforços para estabelecer e avançar esta discussão passam ainda por alguns vieses, entre eles a centralidade da discussão “nas bases do projeto ético-político e na necessidade da transformação da prática profissional, tocando apenas levemente nos processos de construção de tal prática”. O outro viés consiste na “abordagem da prática profissional, prioritariamente, através das funções desempenhadas pelos assistentes sociais”. Por isso, as ações desempenhadas têm sido definidas a partir de três aspectos: pelos usuários (idosos, crianças), pelo instrumental técnico-operativo utilizado (grupo, reunião, levantamento socioeconômico), ou pelo espaço onde atuam (plantão social, atuação na área X ou Y).

Diante dessas dificuldades e na busca de sua superação, a pesquisa anteriormente citada procura construir um referencial técnico-operativo para as ações dos assistentes sociais a partir das discussões que se travam no contexto teórico-metodológico do próprio Serviço Social e do diálogo com outras áreas do conhecimento. As reflexões realizadas até o momento sugerem que a intervenção profissional se realiza a partir de três eixos de intervenção que,

empiricamente, não possuem limitações estanques: Processos Político-Organizativos, Processos de Planejamento e Gestão, Processos Sócio-Assistenciais (MIOTO, 2002).

Essa proposta dos eixos, que descreveremos na terceira secção deste trabalho, tem como orientação primordial organizar o trabalho profissional de forma a atender os preceitos hoje estabelecidos no projeto ético-político do Serviço Social, oferecendo subsídios à qualificação das ações. Nessa direção, os eixos de intervenção indicados têm como princípio norteador a ampliação da cidadania, visando a garantia e a conquista de direitos através da efetivação e implementação de políticas sociais como real esforço de alcançar equidade e justiça social.

Diante do exposto, o presente trabalho, dando continuidade ao processo de pesquisa sobre as ações profissionais, objetiva realizar uma reflexão sobre a intervenção profissional em conselhos gestores de políticas, uma experiência desenvolvida durante o período de estágio obrigatório na Unidade Básica de Saúde que esteve inserida no Eixo de Intervenção em Processos Político-Organizativos.

Refletir sobre a prática profissional nos conselhos, atualmente, representa responder a necessidade de (re)pensar as ações profissionais em mobilização e assessoria nos espaços públicos no Brasil. Este é um processo que exige uma reapropriação “das conquistas e habilitações perdidas no tempo e, ao mesmo tempo, superando-as de modo a adequar a condução do trabalho profissional aos novos desafios do presente” (IAMAMOTO, 2002, p. 33).

Os desafios na intervenção do assistente social nos conselhos recaem sobre a necessidade de ir na contramão do projeto de sociedade atual, pautado na exploração e no individualismo, para que se consolide um projeto societário que dê conta de efetivar princípios como justiça social, autonomia, liberdade, cidadania, e, especialmente, formas democráticas de convivência e deliberação pública. Estes são princípios cuja concretização

tem como critério fundamental a participação, que aprimora a democracia e a capacita para construir novos padrões de relações entre os diferentes atores sociais.

Nesse sentido, definimos a participação como marco teórico para a discussão sobre a prática profissional em conselhos, que se apresenta na primeira seção deste trabalho. Apresentamos as formas de entendê-la a partir de quatro paradigmas que Gohn (2003) distingue em nível conceitual: liberal, autoritário, revolucionário e democrático. Além disso, a partir de uma revisão bibliográfica, realizamos um resgate da prática participativa no Brasil nas últimas décadas, destacando três momentos característicos da nossa história recente. Destacamos ainda os principais espaços públicos brasileiros que se efetivam no cenário atual como espaços de participação.

Na segunda seção do trabalho destacaremos os conselhos gestores de políticas, que são os espaços de participação instituídos na esfera das políticas públicas brasileiras. Discutimos a importância e os entraves existentes nesses espaços, tendo como especial referência os conselhos de saúde. A partir do debate sobre os conselhos, realizamos uma revisão da produção teórica sobre a atuação dos assistentes sociais nesses espaços de participação, principalmente sobre como eles se inserem e que ações vêm desenvolvendo.

Na terceira parte do trabalho, apresentamos como o Serviço Social se insere na Unidade Básica de Saúde do bairro Saco Grande e a experiência de trabalho no Conselho Local de Saúde do bairro no período de fevereiro a outubro de 2003. Descrevemos e analisamos o processo de desenvolvimento das ações de assessoria e mobilização, que estiveram pautadas no paradigma de participação democrático-radical, e as práticas realizadas pelos diferentes sujeitos que participam deste espaço. A partir da reflexão sobre a experiência no Conselho, buscamos categorias teóricas que pudessem exprimir as principais questões vivenciadas nesse processo e subsidiar as ações desenvolvidas.

2. PARTICIPAÇÃO SOCIAL E CIDADANIA

A palavra *participação* vem do vocábulo *parte* e, portanto, significa *fazer parte, tomar parte* ou *ter parte*. No entanto, existem diferentes formas de se entender a participação. Gohn (2003) afirma terem sido vários os teóricos que fundamentaram o sentido atribuído à participação e, no plano conceitual, a autora distingue quatro paradigmas: liberal, autoritário, revolucionário e democrático.

O paradigma liberal assume os pressupostos básicos do liberalismo e, portanto, busca sempre a constituição de uma ordem social que assegure a liberdade individual. Basurto, Soriano e Casillas (2001), ao considerarem a gênese da idéia de participação nas teorias liberais, descrevem sua fidelidade à teoria do contrato social ao expressar a decisão voluntária dos indivíduos de acordar regras de convivência que garantam o bem comum e a satisfação das aspirações individuais. Segundo Gohn (2003, p. 15), a participação na concepção liberal objetiva o fortalecimento da sociedade civil a fim de evitar as ingerências do Estado, isto é, seu “controle, tirania e interferência na vida dos indivíduos”.

A participação liberal, conforme Gohn (2003, p. 16), possui ainda duas derivações: a corporativa e a comunitária. A participação corporativa é entendida como um movimento espontâneo dos indivíduos e advém de uma adesão do espírito. Há o entendimento de que a razão do impulso para participar está fora dos indivíduos, além de seus interesses pessoais. Essa concepção busca articular o processo participativo à existência de organizações na sociedade. “O suposto é que as organizações existem apenas quando as pessoas participam”.

A participação comunitária concebe o fortalecimento da sociedade civil em termos de integração com os órgãos deliberativos e administrativos do Estado. Supõe que os grupos organizados devam participar no interior dos aparelhos de poder estatal de forma que as esferas pública e privada possam se fundir. Tanto a versão comunitária quanto a versão

corporativa partem do entendimento de que os membros da sociedade são iguais e a participação é um movimento espontâneo do indivíduo, em que não se considerem diferenças de classe, raça, etnia etc.

O paradigma autoritário se orienta para a integração e o controle da sociedade. Pode ocorrer em regimes políticos autoritários (de direita, como o fascismo, ou de esquerda, como nos regimes socialistas), ou democráticos representativos, “como um derivativo, que é a participação de natureza cooptativa. Nesse caso, a arena participativa são as políticas públicas, quando se estimula, de cima para baixo, a promoção de programas que visam apenas diluir os conflitos sociais” (GOHN, 2003, p. 17).

A concepção revolucionária está ligada aos questionamentos sobre a democracia representativa e sua substituição pela democracia participativa. Advoga-se o controle do poder nas mãos da comunidade, o que implica a redistribuição total do poder. Nesse sentido, a participação se organiza em torno da luta contra as relações de dominação e pela divisão do poder político. Ela poderá se realizar nos marcos da ordem jurídica que vigora, ou através de canais paralelos, pode ainda se realizar num misto das anteriores.

Finalmente, Gohn (2003, p. 19) apresenta o paradigma democrático-radical sobre a participação que objetiva “fortalecer a sociedade civil para a construção de caminhos que apontem para uma nova realidade social, sem injustiças, exclusões, desigualdades, discriminações etc.”. Pluralismo e cidadania são marcas dessa concepção. Os agentes de organização da participação social são múltiplos. Ela envolve uma gama de experiências associativas, tais como grupos de jovens, de idosos, de moradores de bairros etc. Participar é exercício da cidadania, é visto como a criação de uma cultura de divisão das responsabilidades na construção coletiva de um processo. É dividir responsabilidades com a comunidade, não como coadjuvante, mas como parceira ou co-responsável. Conforme Gohn (2003), várias experiências vêm sendo realizadas no Brasil sob a inspiração desse paradigma,

como, por exemplo, os programas e fóruns do orçamento participativo, assim como diferentes fóruns temáticos da sociedade civil da reforma urbana, do meio ambiente etc.

Em se tratando de paradigmas conceituais, Gohn (2003) afirma ainda que alguns autores se recusam a trabalhar com definições polarizadoras, “com antinomias liberal/radical ou integração/conflito” e utilizam tipologias que tratam de graus de participação. Podemos citar Velázquez (1992, *apud* BASURTO, SORIANO e CASILLAS, 2001), que aponta os graus em que os sujeitos podem participar em nossa sociedade:

- a) informação: é o primeiro nível, no qual a população tem acesso à informação das decisões que a afetam, antes ou depois de serem tomadas por outras pessoas;
- b) consulta: implica que a população não somente conheça propostas e decisões, mas que expresse seu parecer sobre um determinado assunto e declare, em função dos seus interesses, aspirações e ponto de vista;
- c) decisão: a intervenção ativa dos interessados é o elemento fundamental deste nível. Acontece mediante ações diretas ou através do exercício de competências decisórias no âmbito das instituições;
- d) controle: neste nível os interessados velam pela execução das decisões tomadas. Para isso, utilizam instrumentos (jurídicos, financeiros, técnicos) necessários para exercer o controle;
- e) gestão: supõe que os agentes participantes possuam as competências e os recursos para a gestão autônoma das esferas da vida coletiva. A gestão implica o reforço da autonomia cidadã e, conseqüentemente, a institucionalização do exercício de certas competências.

Para Ammann (1980, p. 61), numa perspectiva mais ampla, o conceito de participação está ligado à participação das camadas populares nas macro-estruturas econômicas e políticas (produção e gestão da sociedade) e nas estruturas de consumo essenciais e imprescindíveis à

manutenção da sociedade, como habitação, saúde, educação etc. Dessa forma, a participação, além de considerada um processo de ações e decisões que criam e modificam a sociedade, pode ser concebida como “o processo mediante o qual as diversas camadas sociais tomam parte na produção, na gestão e no usufruto dos bens de uma sociedade historicamente determinada”. Dessa forma,

uma sociedade participativa seria, então, aquela em que todos os cidadãos têm parte na produção, gerência e usufruto dos bens da sociedade de maneira eqüitativa. Toda a estrutura social e todas as instituições estariam organizadas para tornar isto possível (BORDENAVE, 1983, p. 25).

A noção de participação embutida nessa questão supõe que os grupos sociais busquem formas de participação que se fundamentem na sua autonomia como organização, e na sua força de mobilização. Face a este entendimento de participação, Souza (1987, p. 82) considera que esse é um assunto que se estende a todas as classes sociais que não chegam a penetrar as decisões que dizem respeito às suas condições de existência. Dessa maneira, a participação passa a ser entendida como questão social. A participação se configura como questão social “à medida que as próprias contradições sociais desafiam o homem como ser criador e este toma consciência de sua realidade social e assume posições de desafio e enfrentamento”.

Para Souza (1987, p. 82) a participação “supõe a criação do homem para o enfrentamento dos desafios sociais”. Analisar a participação social dos grupos populares é também analisar a própria posição que ocupam na estrutura socioeconômica e produtiva que condicionam e limitam as manifestações sociais, culturais e políticas das classes populares. “Os limites da participação são dados pelo sistema social e pela posição que os indivíduos nele ocupam, isto é, a participação é limitada pelas estruturas básicas e secundárias da sociedade e por limites específicos de cada campo de interações” (LIMA, 1980, p. 39).

Para Gandin (1994, *apud* ROVER, 2000), participação, hoje, é um conceito que pode levar à manipulação das pessoas pelas *autoridades*, através de uma simulação de participação. Pode levar ainda ao desgaste da idéia e à falta de compreensão do que venha a ser realmente participação quando se utilizam metodologias inadequadas.

Nesse sentido, é preciso ter clareza de que o processo participativo estabelece vínculos com as regras de funcionamento das sociedades e suas orientações históricas, além da autonomia que delega aos sujeitos e suas organizações. A autonomia, apesar de não garantir por si a participação, é uma importante condição à sua efetivação ao permitir que os objetivos e orientações da sociedade sejam definidos por seus atores sociais (AMMANN, 1980).

Sobre autonomia, Chauí (1990) diz que ela não é nenhuma panacéia, nem algo que se possa construir sem uma base sólida. Para a autora, a defesa da autonomia remete a alguns pressupostos, quais sejam:

- a) a compreensão de que a forma contemporânea da dominação e da exploração cristaliza-se na separação radical, em todas as esferas da vida social, entre dirigentes e executantes;
- b) a modificação do conceito e da imagem da cidadania, podendo ultrapassar seu sentido restrito de direito à voz e voto e à representação na legislatura num Estado representativo-substitutivo;
- c) a modificação do conceito e da imagem do popular e seu uso pelas classes dominantes para provocar a alienação popular;
- d) a compreensão de que a autonomia, baseada na prática da participação direta nas decisões e na representação imperativa e revogável, altera substancialmente a concepção de partido;
- e) a percepção da vida social em dimensões diferenciadas (trabalho, cidadania, vida privada) e descentralizadas, mas comunicantes.

Para Chauí (1990), a autonomia se realiza quando a ação é efetuada pelos próprios sujeitos na qualidade de criadores das leis e regras da existência social e política. A autora aponta para a autonomia de sujeitos que, compreendendo a trajetória histórica, transformam-lhe o percurso. Para a autora, a autonomia não é o modo de ser da sociedade e da política, mas, fundamentalmente, luta política.

Dessa forma, a participação precisa ser conquistada, apreendida e aperfeiçoada como habilidade no cotidiano dos sujeitos. Em outros termos, Demo (1996) entende que a participação não pode ser entendida como dádiva, concessão ou algo preexistente, porque se configuraria como uma participação tutelada e de espaço delimitado. Seria então expediente para camuflar novas e sutis repressões, especialmente em uma sociedade com tendências históricas à dominação e à hierarquização. A participação é fonte de mudança realizável e nunca será suficiente porque vive da utopia da igualdade, da liberdade, da fraternidade totais, com o objetivo da autopromoção dos sujeitos (centrada na satisfação de suas necessidades), realização da cidadania, controle do poder e consolidação da cultura democrática como marca característica da organização da sociedade.

Assim, essa formulação compreende a participação como possibilidade interventiva, como mecanismo de mobilização dos diferentes sujeitos e força articuladora de recursos e situações para que a população aprenda a transformar o Estado, de órgão superposto à sociedade e distante, em órgão dependente e próximo, ou seja, está implícita neste conceito a idéia de democracia social (CAMPOS e MACIEL, 1997).

2.1. O cenário das práticas participativas no Brasil

No Brasil, a prática participativa é um tema que está presente nos cenários das lutas do período colonial, passando das lutas contra a escravidão ao sindicalismo anarquista das

primeiras décadas do século XX. Os trabalhadores percebem a necessidade de maior organização e aumentam o número de greves apesar da repressão. Frente à forte mobilização do operariado brasileiro, a burguesia resolve manter sua supremacia não apenas com a repressão policial. Havia necessidade de estabelecer mecanismos de controle e integração (GOHN, 2003; CARDOSO et al, 2000).

Nessa direção, a partir da década de 1930, as questões trabalhistas são cada vez mais área de interesse do Estado. O poder reivindicatório e decisório dos trabalhadores em parte se decompõe com a efetivação da coalizão entre sindicatos e a burguesia industrial, tendo como estratégia cooperadora dessas transformações o estilo populista de governo.

Após 1945, a participação começa a ser estimulada por políticas estatais. Com a chamada redemocratização da vida pública nacional, houve o desenvolvimento e o crescimento de forças sociais e transformações que levaram à organização da sociedade civil através das Sociedades Amigos de Bairro, iniciativa estimulada pelo poder público na política de barganha pelo voto (GOHN, 1985, 1997).

Esse período foi marcado pela crise econômica dos países desenvolvidos, originada no pós-guerra, e a necessidade de sua recuperação, pela ameaça e consolidação do bloco socialista e sua expansão aos países orientais, o que deflagra a chamada *guerra fria* em busca da hegemonia política, econômica e ideológica de um mundo supostamente bipolarizado.

A superação dessas questões demandava recuperar o *atraso* dos países denominados subdesenvolvidos, a ampliação do mercado consumidor, e a implantação de estratégias capazes de garantir a ordem social e de preservar o *mundo livre* dos regimes e ideologias consagradas como não democráticas, visando a eliminação dos focos de comunismo (AMMANN, 1981).

A ideologia desenvolvimentista passa a ser introduzida pelas agências e organismos de fomento internacional² em diversos países com o intuito de implantar programas, pelos quais buscava-se a integração dos países *atrasados* ao processo de desenvolvimento internacional e às mudanças modernizadoras dos anos do pós-guerra (SIMIONATTO e NOGUEIRA, 2001).

Como resposta a essas orientações, nas décadas de 1940 e 1950 a discussão sobre participação no Brasil ganha destaque, voltando-se à questão do nacionalismo-desenvolvimento e à construção de um projeto nacional via Estado. O desenvolvimento de comunidade passa a merecer apoio oficial, pois se afirma como instrumento capaz de favorecer o consentimento espontâneo das classes subordinadas às estratégias definidas pelo Estado (AMMANN, 1981).

O povo, então, foi chamado a participar do esforço coletivo de construção de uma nova sociedade desenvolvida e moderna. Era necessário que a sociedade brasileira “*apertasse o passo* em direção ao desenvolvimento, ao progresso, ao bem-estar, pois a pobreza – situação que caracterizava o Brasil e outros países latino-americanos – era concebida como um estágio a ser superado” (SIMIONATTO e NOGUEIRA, 2001; WANDERLEY, 1993, p. 24, grifo da autora).

De acordo com Basurto, Soriano e Casillas (2001, p. 80, grifos dos autores), o diagnóstico elaborado era direto:

América Latina es una sociedad dual en la que existe y crece una gran distancia entre un segmento de la población cuya cultura procede de su cuna occidental y aquélla que continúa representando la sociedad pre-colombina y pre-industrial; esta distancia manifiesta en todos los órdenes de la sociedad, produciendo la marginalidad de grandes sectores respecto a su participación en la sociedad. Así, la línea divisoria entre *marginados* e *incorporados* está en el nivel de participación, sobre todo si se considera en los primeros una inexistencia de organizaciones propias que los vinculen a la sociedad y les proporcionen representatividad frente a las instituciones de la sociedad establecida

² ONU, OEA, CEPAL, BID, FMI e Aliança para o Progresso (WANDERLEY, 1993).

Com inspiração nas experiências norte-americanas de desenvolvimento de comunidade, são utilizadas técnicas cooperativas (ajuda mútua, mutirão) ou de organização. As práticas incorporaram a idéia de que os problemas sociais são conseqüências da falta de integração da população à sociedade, por razões de ordem cultural, como ignorância, atraso e apatia. A participação superaria a marginalidade através da organização e mobilização em programas de desenvolvimento e através da mudança de valores tradicionais (considerados característicos do meio rural) para valores urbanos modernos (LIMA, 1980).

Nesse contexto, o conceito de participação está amplamente vinculado à teoria da marginalidade. Essa teoria possui uma orientação estrutural-funcionalista, na qual a sociedade tem base no consenso e na estabilidade dos elementos que a formam, sem considerar relações contraditórias entre os indivíduos, grupos e classes sociais. Ela estabelece como critério de superação da condição marginal a integração à sociedade e parte do entendimento que a sociedade contém uma *estrutura integradora* capaz de controlar os conflitos e os processos competitivos. “A integração brota, portanto, do quadro parsoniano, como uma função primária do subsistema da *comunidade societária* indispensável à ordem tanto quanto a harmonia e a coordenação” (AMMANN, 1981, p. 124, grifo da autora).

Os conceitos de marginalidade, participação, integração e desenvolvimento de comunidade estiveram no centro da interpretação da realidade social latino-americana. A organização comunitária, tomada como instrumento-chave nesse processo, proporcionaria aos grupos marginalizados da sociedade a suposta possibilidade de se constituírem sujeitos de seu próprio desenvolvimento provocando “la unidad funcional de aquellas solidaridades inexistentes o dispersas” (BASURTO, SORIANO e CASILLAS, 2001, p. 80; LIMA, 1980).

No período pós-1964, o desenvolvimento de comunidade ganha maior prestígio nas estratégias executadas pelo governo para angariar a simpatia das classes subordinadas. Programas, como, por exemplo, BNH, Projeto Rondon e Mobral foram criados, gerando a

ilusão de poderem solucionar os problemas das populações carentes, quando em verdade serviram para sancionar os interesses e a ideologia dominante. “O que se via, pois, era a utilização de desenvolvimento de comunidade como instrumento otimizador dos recursos governamentais, através da utilização gratuita da força de trabalho das comunidades locais” (WANDERLEY, 1993, p. 34).

Todas as classes sociais no Brasil foram mobilizadas pela propaganda do desenvolvimento, pela crença no progresso geral. Franco (1978, p. 190), analisando os aspectos ideológicos do discurso de integração que marcou a política desenvolvimentista, afirma que, na prática, este foi eficaz ao fornecer “uma imagem especular da realidade sócio-econômica, invertendo o sentido das relações de produção e descortinando a miragem da participação igualitária na riqueza, na cultura e na política”.

O desenvolvimento de comunidade proclama a participação da sociedade como ingrediente fundamental ao processo de desenvolvimento nacional. No entanto, ele não define de modo inequívoco o conceito de participação. Ao identificar essa questão, Ammann (1981, p. 161) distingue quatro correntes “distintas, mas raramente antagônicas”, que podem ser inferidas no discurso e nas práticas do desenvolvimento de comunidade brasileiro, e de que forma concebiam a participação.

A primeira corrente é a de caráter social localista. Desconectada dos processos decisórios da sociedade global, volta-se à contribuição que a classe subordinada – supostamente representada pelas lideranças naturais e institucionais – oferece aos técnicos no estudo dos problemas locais, na elaboração, execução e interpretação de programas periféricos e imediatistas de melhoria de vida.

A segunda corrente assume uma postura de caráter reformista. Nesta, a participação figura em instâncias macro-societárias, de modo a provocar reformas que omitam a relação de dominação de classes. Comporta uma visão unitária e harmônica da sociedade, que caminha

para a grande solidariedade, e a participação se efetiva como união de todos na construção de uma nação justa.

A integração é o pilar da terceira corrente, segundo a qual a participação se reduz à adesão aos planos do governo. Não há lugar para a participação fora dos limites e dos modelos propostos pelo Estado, portanto, constitui-se mecanismo acionado pela sociedade política para garantir sua hegemonia e dominação.

A quarta corrente é a defendida pela vertente heterodoxa de desenvolvimento de comunidade. Tentativas de construção de um desenvolvimento de comunidade crítico e questionador foram sufocadas pelo Estado nesse período que, numa perspectiva crítica, postulava mudanças estruturais na sociedade, ao contrário do *desenvolvimento de comunidade ortodoxo*, funcional ao sistema por se configurar como instrumento ideológico, caudatário das estruturas de poder. A participação a partir do desenvolvimento de comunidade heterodoxo implica uma expansão e redistribuição de oportunidades, “criando as condições concretas para que o conjunto da população possa tomar parte ativa na responsabilidade social, gerindo a sociedade e usufruindo dos bens e serviços, na justa medida em que contribui para a geração dos mesmos” (AMMANN, 1981, p. 163).

O desenvolvimento de comunidade heterodoxo, embora fortemente sufocado pelo Estado na década de 1970, representou o aparecimento, ainda que embrionário, dos movimentos reivindicatórios dos bairros de periferia, que começam a ocupar um espaço cada vez mais destacado na conjuntura sócio-política. O próprio regime ditatorial instalado na época, cerceando os canais institucionalizados de participação da sociedade civil, abriu espaço para a emergência de formas novas de participação, oriundas de novas arenas de luta que o próprio desenvolvimento capitalista gerou e procurou sufocar nos fins dos anos 60 e parte da década de 70 (GOHN, 1985).

O poder repressivo e arbitrário do governo militar dava indícios claros de esgotamento dada sua crise de legitimidade, enquanto os movimentos sociais tomavam as ruas face ao inconformismo com a ordem vigente. Os movimentos reivindicatórios

refletem a presença do antagonismo e a multiplicação dos espaços diversificados de ação e de desafio ao Estado, representando a possibilidade de constituição de uma identidade social ou política e a explicitação de demandas relativas à reprodução social dos setores mais excluídos nas cidades e nas metrópoles brasileiras (JACOBI, 1993, p. 10).

No início da década de 1970, os movimentos caracterizavam-se por lutas isoladas. Eram dispersos, fragmentados e organizados em torno de carências urbanas específicas como, água, luz, creche e moradia. Importantes foram também as lutas em torno dos direitos humanos, que geraram manifestações de resistência tanto da igreja católica quanto da sociedade civil. Mas, ao final dessa década, as lutas se ampliaram e os mais diferentes grupos populares tomaram a cena pública reivindicando seus direitos, a começar pelo primeiro, o direito de reivindicar direitos (WANDERLEY, 1993; SADER, 1988).

As novas manifestações coletivas das classes populares, ao atingirem certo nível de organização e coesão interna, passaram a constituir-se em movimentos sociais. Para Gohn (1985, p. 30), as novas formas de ação política engendradas pelos movimentos sociais nessa época passaram a exigir novas respostas teóricas relacionadas com o real movimento da sociedade³. A participação passa a ser associada a outras idéias como democratização da sociedade, cidadania, entre outras. Ela “não é vista sob a ótica de mera integração social, mas fundamentalmente, no quadro de luta política entre as diversas classes e camadas sociais”.

A teoria da marginalidade e os processos de integração e sua relação com os processos participativos passam a ser questionados e negados a partir de seu caráter ideológico e manipulador.

³ Conforme Gohn (1985), é a partir de 1979 que os movimentos sociais entram definitivamente na produção teórica brasileira.

Aos poucos, foi-se evidenciando, aos técnicos e à população, que a idéia diretora do desenvolvimento – do benefício de *toda* a sociedade – se centrava na concepção de um espaço fictício de uma sociedade de iguais. Foi ficando cada vez mais claro que, mesmo naquelas decisões de nível local, quando os interesses eram contraditórios ou conflitantes, a oportunidade de voz se dava diferentemente, de acordo com as posições dos indivíduos, grupos ou classes sociais, face à estrutura do poder. Isso resultava, na prática, em uma participação seletiva e, por vezes, excludentes de determinados grupos em relação a decisões de aspectos essenciais (BAPTISTA, 1987, p. 99, grifo da autora).

As críticas foram acompanhadas do surgimento de um novo enfoque sobre a participação explicada a partir da realidade social:

a crítica feita à teoria da marginalidade, decorrente de sua inconsistência interna para explicar os movimentos do real, levou alguns analistas a repensar a questão da participação não mais em termos de grupos integrados ou excluídos, mas de movimentos gerados por contradições da própria sociedade. A noção de participação social passa a ser pensada como sinônimo de lutas sociais (GOHN, 1985, p. 29).

O questionamento quanto às práticas de desenvolvimento de comunidade acontece no bojo de um amplo movimento contestatório que abrange todos os países latino-americanos na época, em sua maioria, conduzidos por governos ditatoriais. As lutas aconteceram contra os regimes autoritários e pela democracia, considerada eficaz no estabelecimento de sociedades mais justas e igualitárias. O quadro de opressão e agravamento das questões sociais levou à recusa dos instrumentos e práticas de legitimação do *status quo* na perspectiva de uma análise histórico-estrutural da realidade. A estratégia de modernização mostrou-se ineficaz para reduzir as desigualdades sociais.

Essa análise ganha apoio na teoria da dependência, segundo a qual a situação de subdesenvolvimento é resultado de um processo, devendo ser tratada como um produto histórico do desenvolvimento dos países capitalistas centrais a partir das relações sociais e da análise da estrutura social, tendo por referência a questão do imperialismo. Além do imperialismo, outras categorias teóricas eram enfatizadas, como, por exemplo, a autonomia,

referenciada a partir de matrizes do socialismo libertário. Num plano geral, era a leitura marxista da realidade que contribuía para subsidiar o novo projeto de mudança (WANDERLEY, 1993; GOHN, 1997).

Nessa conjuntura as camadas populares ganham uma nova força política na vida social. Para Gohn (1985, p. 33) essa força se concretiza na concepção de novas formas de participação, relacionadas principalmente à questão urbana, “derivada das contradições geradas pelo desenvolvimento do capitalismo ante as necessidades de reprodução da força de trabalho e da política urbana estatal”. Movimentos sociais emergem no cenário político-social das principais capitais brasileiras no conjunto de fatos novos da conjuntura nacional, tais como: a revitalização do sindicalismo combativo; o surgimento de lutas contra o *status quo* autoritário vigente, como a luta pela anistia; lutas contra a política econômica desenvolvida, a exemplo da luta contra a carestia; e as mudanças operadas no interior de certas alas do clero, particularmente católico, inspirado pela teologia da libertação (GOHN, 1985).

A irrupção dos movimentos populares, no final da década de 70, traz a marca da autonomia e da contestação à ordem estabelecida sob a forma dos novos movimentos de bairro e de novos movimentos sociais, que imprimiam uma nova sociabilidade, politizando espaços antes silenciados, reivindicando direitos. Emergem novos sujeitos coletivos que criam seu próprio espaço (SADER, 1988).

Chauí, no prefácio da obra de Sader (1988, p. 10) que resgata a saga dos movimentos populares da região de São Paulo entre as décadas de 70 e 80, oferece três argumentos que analisam o porquê do aparecimento desse novo sujeito coletivo:

Antes de mais nada, porque criado pelos próprios movimentos sociais populares do período: sua prática os põe como sujeitos sem que teorias prévias os houvessem constituído ou designado. Em segundo lugar, porque se trata de um sujeito coletivo e descentralizado, portanto, despojado das duas marcas que caracterizavam o advento da concepção burguesa da subjetividade: a individualidade solipsista ou monádica como centro de onde partem ações livres e responsáveis e o sujeito como consciência

individual soberana de onde irradiam idéias e representações, postas como objetos domináveis pelo intelecto. O novo sujeito é social; são os movimentos sociais populares em cujo interior indivíduos, até então dispersos e privatizados, passam a definir-se, a reconhecer-se mutuamente, a decidir e agir em conjunto e a redefinir-se a cada efeito resultante das decisões e atividades realizadas. Em terceiro lugar, porque é um sujeito que, embora coletivo, não se apresenta como portador da universalidade definida a partir de uma organização determinada que operaria como centro, vetor e telos das ações sócio políticas e para a qual não haveria propriamente sujeitos, mas objetos ou engrenagens da máquina organizadora.

Para Gohn (1985), o *novo* desse sujeito se exprime na forma que este articulava as demandas e na expressividade que estas demandas passaram a ter no cotidiano da vida urbana. O *novo* estava presente também no apelo à participação.

O conjunto das transformações decorrentes das lutas promovidas na década de 1970 e 1980 levou uma grande parcela de analistas a verem nos movimentos sociais uma nova forma de participação, assim como o surgimento de novos atores sociais se organizando na vida pública na qualidade de sujeitos de sua própria história.

Os movimentos, desclassificados por alguns como simples manifestações coletivas conjunturais e, às vezes, até tachados como reacionários, ao mesmo tempo em que eram exaltados por outros como um novo caminho de mudança e transformação social, até mesmo como a nova via de revolução social, constituíram nesse período uma nova forma de conflito social. A participação se tornou um dos principais termos no repertório das demandas e dos movimentos. A mobilização da sociedade civil era parte de um plano de criação e de desenvolvimento de uma cultura de contra-hegemonia à ordem dominante (GOHN, 1985, 2003).

Na década de 80, o cenário se altera. Os movimentos sociais dão um grande salto qualitativo com a unificação das demandas antes localizadas ao redor de questões sociais mais amplas. Eles projetaram “na esfera política concepções ampliadas de direitos e cidadania que incorporaram as exigências de equidade e justiça nas dimensões societárias e culturais que afetam identidades, existências e formas de vida” (PAOLI e TELLES, 2000).

Os movimentos construíram denominadores comuns: a construção de identidades através de semelhanças pelas carências; o desejo de se ter acesso a direitos mínimos e básicos dos indivíduos e grupos na qualidade de cidadãos; e fundamentalmente, a luta contra o *status quo* predominante: o regime militar. Os anos 1980 despontam marcados pela consolidação das lutas pela redemocratização de vários países na América Latina. No Brasil, apesar da política de distensão proposta já no governo Geisel, a sociedade civil responde a esta questão sob a forma de manifestações, com destaque para a campanha *Diretas-Já* (1984) (GOHN, 1991).

Gohn (2003, p. 52), contrapondo a idéia de que essa foi a *década perdida*, destaca outras duas importantes conquistas que se efetivaram nesse período:

primeiro, a constituição de um campo democrático no seio da sociedade civil, formado por movimentos populares; por movimentos sociais pluriclassistas, como o de mulheres, de negros, de ecológicos etc; por lideranças das novas centrais sindicais; por parlamentares e partidos políticos oposicionistas; por entidades profissionais comprometidas com a democracia; e por ONGs então emergentes na cena política nacional. [...] Segundo, a conquista de canais de participação da população em assuntos que diziam respeito a coisa pública.

Para a autora, o aparecimento desse novo campo democrático constitui uma cultura política de mobilização e de pressão direta, como meio de encaminhar as reivindicações de suas agendas. As lutas fizeram com que a participação acontecesse em uma nova arena: no interior dos órgãos públicos, nas salas e gabinetes estaduais. A temática da participação passa a ser um ponto de pauta na agenda das elites políticas, dando visibilidade a dois fenômenos: de um lado expressava “a crise de governabilidade das estruturas de poder do Estado, desgastadas e deslegitimadas pelo autoritarismo” e de outro, “a legitimidade das demandas expressas pelos movimentos sociais e a conquista de espaços institucionais como interlocutores válidos” (GOHN, 1997, p. 30).

É preciso destacar nesse cenário a atuação das Organizações Não-Governamentais, as então chamadas *ONGs cidadãs*. Elas ofereceram suporte à maioria dos movimentos sociais. AS ONGs contribuíram para a reconstrução do conceito de *sociedade civil*, direcionando-o às questões dos direitos dos grupos e coletivos de forma politizada (GOHN, 1998).

Dessa forma, a década de 1980, principalmente a partir de 1985, com a instalação da chamada Nova República, foi responsável por construir outras dimensões para a categoria participação, já que o Estado deixa de ser o *inimigo direto* dos movimentos sociais.

Na mais pura concepção liberal, o Estado reveste-se de uma universalidade protetora dos cidadãos e busca a institucionalização dos conflitos através de novos contratos sociais. A participação comunitária, resgatada com um caráter diverso do que predominou na década de 1960, é um desses contratos sociais. O Estado procura recuperar e integrar as reivindicações populares, buscando a institucionalização dos conflitos, re-elaborando e conciliando os interesses do conflito, dando aparência de equilíbrio e força (GOHN, 1985).

A participação passa a ser induzida e administrada pelo Estado. A justificativa para a postura assumida pelo Estado é de ordem moral, um assistencialismo que tem como slogan *saldar a dívida*. Programas sociais governamentais foram criados orientados por essa estratégia, como a Secretaria de Ação Comunitária – SEAC (ABREU, CARDOSO e RIBEIRO, 1992; WANDERLEY, 1993).

Contudo, o eixo articulador da temática da participação ainda continuou a ser o da ocupação de espaços físicos para que se fizessem ouvir outras vozes, junto às administrações, grupos de pressão junto aos governantes e a representantes do legislativo federal, na busca de se construir uma nova institucionalidade para o país que contemplasse novas leis, mais democráticas, que institucionalizassem os canais de participação (GOHN, 2003).

Dessa forma, as mobilizações organizadas, que eram acompanhadas de fluxos e refluxos, canalizaram-se para o plano legal-institucional, principalmente pelas campanhas das

emendas populares no período constituinte, que, segundo Wanderley (1993), funcionaram como um modelo rico de um processo de participação autônoma e comunitária. Passou a ocorrer um processo de juridicização da sociedade organizada: “Vários movimentos sociais passaram a agendar em suas atividades cotidianas reuniões, debates e seminários para discutir e/ou elaborar subsídios para projetos de leis”. A sociedade civil passa a buscar inscrever em leis seus direitos e deveres (GOHN, 1991, p. 11).

A partir de 1985, em função da Assembléia Constituinte, reuniram-se na Articulação Nacional de Entidades pela Mobilização Popular na Constituinte, cerca de 80 organizações, algumas de âmbito nacional, compostas por associações, sindicatos, movimentos sociais, partidos políticos, comitês, plenárias populares, fóruns, instituições governamentais e privadas, que se engajaram num amplo movimento de participação política que conferiu visibilidade social a propostas de democratização e ampliação de direitos em todos os campos da vida social (DEGENNSZAJH, 2000, p. 62).

Para os que estavam engajados na questão da “democratização dos processos decisórios responsáveis pela definição de prioridades e modos de gestão de políticas e programas sociais” promovidos pelo Estado, o debate focalizou a proposta dos conselhos gestores e priorizou o caráter que deveriam assumir, ou seja, se seriam consultivos ou normativos/representativos (com poder de decisão). A discussão sobre os conselhos populares na década de 1980 tinha como núcleo central a questão da participação, reivindicada pela sociedade civil ao longo das décadas de lutas contra o regime militar. E, nesse contexto, os movimentos sociais adquirem grande importância (DEGENNSZAJH, 2000, p. 61, GOHN, 2003).

Os movimentos sociais de massa, não exclusivamente sindicais e nem exclusivamente sindicais e nem exclusivamente político-partidários, eram elementos fundamentais para a construção dos conselhos populares representativos da população. Para os movimentos sociais, a constituição e participação em conselhos poderia significar um momento de organização e de direção das lutas políticas dispersas e fragmentadas. As conquistas

parciais poderiam acumular-se em posições de poder e explicitar-se no conjunto do tecido social (GOHN, 2003, p. 75).

Os conselhos, após serem inscritos na Constituição de 1988, assumem o papel de mediadores na relação sociedade/Estado na qualidade de instrumento de expressão, representação e controle social sobre as ações públicas numa nova dinâmica de participação da população. Leis específicas passaram a regulamentar o direito constitucional à participação por meio de conselhos deliberativos, de composição paritária, entre representantes do poder executivo e de instituições da sociedade civil. Enquanto isso, a sociedade organizada em associações e movimentos ganha um caráter legalista, ordenador e participante das novas regras estabelecidas para o convívio social (GOHN, 2003, 1991).

É importante ressaltar que a redemocratização brasileira envolveu, simultaneamente, grandes doses de continuidade política misturadas com algumas doses de inovação política. As forças hegemônicas ao longo do processo de modernização mantiveram o controle sobre o sistema político, enquanto a participação popular foi garantida na Constituição de 1988, mostrando que a lei foi capaz de incorporar novos elementos culturais surgidos na sociedade à institucionalidade emergente (AVRITZER, 2002).

Para Paoli e Telles (2000), a Constituição, apesar de promessa não inteiramente cumprida, de seus limites e ambivalências, traz as marcas da ampla e plural movimentação social que marcou a década de 1980. A trajetória recente dos movimentos sociais mostra que esteve inteiramente implicada em um esforço de inscrever novos direitos na ordem legal e influenciar a elaboração e regulamentação da nova ordem constitucional.

O novo texto legal traduz uma exigência de participação na gestão da coisa pública e acena com possibilidades da construção partilhada e negociada de uma legalidade capaz de conciliar democracia e cidadania. É isso que se explicitou na incorporação de instrumentos legais e jurídicos para o exercício de uma soberania popular redefinida e ampliada para além da prática do voto – iniciativa popular de lei, plebiscito e referendo popular, audiência pública e tribuna popular (PAOLI e TELLES, 2000, p. 109).

Jacobi (2002) considera que a participação popular institucionalizada nos marcos da democracia participativa brasileira transforma-se no referencial de ampliação das possibilidades de acesso dos setores populares, na perspectiva de desenvolvimento da sociedade civil e de fortalecimento dos mecanismos democráticos.

A Constituição Federal de 1988 consolidou conquistas, ampliou os direitos sociais, institucionalizou as formas de controle e participação social na gestão das políticas públicas e representou um avanço em direção a uma ampla, moderna e democrática concepção de seguridade social. A saúde estendeu-se universalmente aos cidadãos, tornando-se direito de todos e dever do Estado. A Constituição, no caso da previdência social, afirmou o modelo não mercantil e o financiamento através das contribuições sociais e assumiu a assistência social como direito não contributivo para aqueles que dela necessitarem.

No entanto, já no início da década de 1990 o Estado brasileiro passa a adotar as orientações do chamado Consenso de Washington em torno do ideário neoliberal, que em toda a América Latina produziu e vem produzindo efeitos devastadores na economia e na sociedade. O alvo principal dos ataques têm sido as políticas sociais. Aquelas que o Estado ainda assume se desenvolvem de forma precária e parcial.

Conforme Petras (1997, p. 18), as políticas neoliberais possuem cinco metas essenciais: “estabilização (de preços e das contas nacionais); privatização (dos meios de produção e das empresas estatais); liberalização (do comércio e dos fluxos de capital); desregulamentação (da atividade privada) e austeridade fiscal (restrição aos gastos públicos)”.

As orientações neoliberais voltam-se para a área social, indicando estratégias para reduzir a ação estatal através do corte do gasto social, eliminando programas e reduzindo benefícios. Além disso, o gasto a ser realizado deve ser focado para atender os chamados grupos indigentes que devem *comprovar* essa situação. Outras orientações são a descentralização dos serviços públicos no *nível local* e a privatização da produção de serviços.

No entanto, a privatização é o elemento articulador dessas estratégias, pois corresponde à necessidade dos investidores privados de mercantilizar o bem-estar social a medida em que se convertem em atividades econômicas rentáveis (SOARES, 1999; LAURELL, 1995).

Diante dos inquestionáveis índices de agravamento da questão social em nosso país, os governos vêm deslocando as ações de enfrentamento da pobreza da estrutura institucional, levando-as para o campo da solidariedade da sociedade civil, que assume as ações antes desenvolvidas pelo Estado. Com isso, as questões são retiradas do leito das políticas sociais universais, de estrita responsabilidade estatal, para o espaço das iniciativas emergenciais, descontínuas e focalizadas, alimentadoras de práticas clientelistas (RAICHELIS, 1998a).

A sociedade civil é convocada, em nome da cidadania, a assumir as responsabilidades sociais evitadas pelo Estado, a realizar parcerias de toda ordem, sendo exemplares os projetos de refilantropização das formas de assistência, como o Programa Comunidade Solidária e organizações do gênero. Nesse processo, sua capacidade como esfera política para o exercício da cidadania está sendo cada vez mais desenfaturada (SIMIONATTO, 1998; ALVAREZ, DAGNINO e ESCOBAR, 2000).

Nesse contexto, a participação reaparece com destaque nos discursos das agências multilaterais, tal como constata Simionatto e Nogueira (2001, p. 157). Através do estudo dos documentos dos organismos, as autoras identificam uma retomada do discurso neoconservador ligado à alteração das funções do Estado e à redução do seu papel de promotor de serviços sociais, à convocação da sociedade civil, em nome da cidadania e de um dever cívico. A participação ganha um caráter restrito, já que se reduz às associações civis, torna-se despolitizada, com conteúdos acrílicos e aclassistas, resumindo-se “a uma cooperação solidária entre os cidadãos, mediada pelo Estado, ausente de sentido político e envolto em uma grande opacidade e maleabilidade”.

Paoli (2002) mostra que as práticas de participação que estiveram ligadas à visibilidade política dos novos movimentos sociais e à redefinição de práticas do movimento operário nas décadas de 1970 e 1980 foram cooptadas por setores hegemônicos para contribuir com o desmonte das políticas públicas, aproveitando para realizar uma operação de *marketing social*. Nesse quadro, é a filantropia empresarial que se expande através do modo inovador de operação de programas sociais compensatórios nas áreas de cultura, educação, saúde da mulher, ecologia e preservação do meio ambiente, esportes, lazer, recreação e desenvolvimento comunitário. A crescente adesão das empresas a programas de filantropia demonstra também a apropriação do discurso da participação em torno de seus interesses e silencia o aprofundamento da exclusão social, desorientando politicamente a sociedade brasileira.

Para Paoli (2002, p. 403), há falta de *qualidade política* no movimento empreendido pelas elites brasileiras, ou seja, falta um espaço público real no qual a crítica e o dissenso organizado dos excluídos pode se instalar na demanda de direitos, mesmo quando o que se realiza é uma mobilização civil “inspirada nos valores da doação, da compaixão e da solidariedade”.

A estratégia de transferir as responsabilidades sociais do Estado para o capital privado e para a própria sociedade, de forma acintosa, ataca os direitos sociais conquistados com as lutas democráticas brasileiras e indica um grave retrocesso no exercício da cidadania. A política neoliberal, como um todo, contraria valores, como coletivismo, desmercantilização e universalismo e, cada vez mais livre de limitações públicas, aprofunda e sedimenta os mecanismos de exclusão social e política tradicionalmente presentes na história do país.

Nesse cenário, o campo das lutas sociais ficou mais complexo. De acordo com Gohn (1998, p. 11), nos anos 1990 a velocidade das transformações econômicas e tecnológicas e principalmente o temor do desemprego e da violência, geraram processos de descrença nas

entidades coletivas e “poucas condições efetivas para a participação em atividades meramente reivindicativas”. Segundo a autora, muitos estudiosos afirmam que o tema organização passou a ser interpretado como algo ultrapassado, ou como se os movimentos estivessem em crise ou desmobilizados. Refutando a idéia, a autora afirma que

a luta social nunca morre e ela se apresenta historicamente de várias formas. Movimentos sociais é uma delas. Se eles estão em baixa em termos de mobilização, outras formas estão operando na construção de uma sociedade mais justa e igualitária e contra as injustiças sociais. A política do orçamento participativo, as cooperativas populares, os programas de ajuda mútua etc. são alguns exemplos (GOHN, 1998, p. 12).

De modo geral, pode-se afirmar que a luta social no Brasil não está esgotada, principalmente quando se visitam os caminhos que fizeram a sociedade chegar até esse momento e se visualizam aqueles que vão se abrindo.

Na medida em que o retorno às instituições formais da democracia, de certa forma, não produziu o encaminhamento adequado por parte do Estado dos problemas de exclusão e desigualdade nas suas várias expressões, mas coincidiu com seu agravamento, “aguçaram-se percepções que enfatizam não só a ampliação e radicalização da própria noção de democracia mas também a necessidade de aprofundar o controle do Estado por parte da sociedade”. Por isso, há uma ênfase significativa na construção de uma nova cidadania que aponta para a importância de se assegurar uma das condições mesmas de existência da sociedade civil: “a vigência de um conjunto de direitos, tomados como parâmetros básicos da convivência em sociedade”. A principal consequência dessa visão é a emergência e a efetivação de espaços públicos de participação, “tanto daqueles que visam promover o debate amplo no interior da sociedade civil sobre temas/interesses até então excluídos de uma agenda pública, como daqueles que se constituem como espaços de ampliação e democratização da gestão estatal” (DAGNINO, 2002, p. 10).

Nesse momento, busca-se distinguir alguns espaços públicos de participação que se consolidam hoje na sociedade brasileira.

2.2. Sociedade civil e espaços públicos de participação social na contemporaneidade

Falar de participação da sociedade civil nos espaços públicos pressupõe o entendimento de que ela possui uma capacidade histórica de assumir formas conscientes e políticas de organização. Trata-se de consciência de interesses, cuja organização se volta para sua defesa. Trata-se de forma política de organização, já que acontece num contexto de poder e desigualdade, e de necessidade de práticas alternativas. No fundo, porque significa a ocupação de espaço e a conseqüente convivência com espaços concorrentes (DEMO, 1996).

Gohn (2002, p. 76) alerta para o fato de a sociedade civil ser composta de atores que têm um entendimento diferenciado dos problemas sociais, políticos e culturais da nossa sociedade. Existem vários campos dividindo e compondo, ao mesmo tempo, a sociedade civil brasileira. Alguns atuam mais fortemente na linha emancipatória, em termos de projetos e lutas político-sociais, tendo seu protagonismo voltado para o universo da busca, da procura do novo. Lutam por mudanças e transformações sociais, priorizam os temas da igualdade e da justiça social e buscam acabar com todo e qualquer tipo de exclusão. Temos também outros campos da sociedade civil, compostos por certos atores ou agentes sociais que estão ocupados, na maioria das vezes, em tratar os cidadãos como usuários e clientes de serviços sociais prestados. Atuam via políticas focalizadas e utilizam uma abordagem mercadológica, centrada mais na produção de resultados.

Nesse sentido, Scherer-Warren (2001, p. 46-47) apresenta três dimensões de relações sociais e/ou diálogos que a sociedade civil organizada estabelece com os poderes constituídos no Estado, com a sociedade civil envolvente e com as forças organizadas do mercado. A

primeira dimensão é a crítico/contestatória, que se expressa em ações de “denúncias, protestos, explicitação de formas de dominação, de discriminação, de exclusão e de conflitos; em oposições organizadas, em ações de desobediência civil e em manifestações públicas”. Essa dimensão produz reflexão da sociedade sobre si mesma e sobre oposição à lógica dominante, impactando nos diversos níveis do tecido social, do cotidiano ao comunitário e societário.

A segunda é a chamada dimensão solidarística/cooperativa e se refere às “ações de solidariedade da sociedade civil que se organizam mediante situações emergenciais, de desastres, fome endêmica etc; formas cooperativas de mútua-ajuda em relação a populações mais carentes [...], parcerias para a gestão de políticas sociais e públicas”. Essas ações são marcadas pela cooperação entre a sociedade civil, o Estado e, às vezes, o mercado.

A dimensão propositiva/utópica é a terceira e envolve o encaminhamento de propostas de novos direitos, a melhoria material ou de reconhecimento cultural, projetos alternativos de mudança e construção de uma utopia para a transformação social, embora a utopia socialista permaneça ainda subjacente na dimensão propositiva, principalmente dos movimentos sociais.

É importante compreender que é a partir dessas diferenças que as lutas sociais têm avançado e se consolidado para alcançar o aprofundamento da democracia. Dessa forma, podemos então distinguir os diferentes espaços públicos em que os atores da sociedade civil participam e nos quais hoje protagonizam as principais ações coletivas.

No cenário atual, segundo Viana (2000, p. 49), merece reconhecimento o crescimento de formas associativistas e das suas lutas em torno dos problemas dos centros urbanos. Ganham destaque as ações relacionadas à moradia, em que o enfrentamento da questão acontece com a ocupação de edifícios abandonados ou de terrenos ociosos pelos *sem-teto* em muitas regiões do país, “lutas quase sempre com alto grau de conflitividade e mobilização”. A autora também registra o crescimento do associativismo de portadores de deficiência (visuais,

motores, auditivos), de portadores de doenças como hanseníase e AIDS, entre outros, que visam, sobretudo, garantir medicamentos e tratamento gratuito e combater a discriminação, iniciativas que se expandem também em torno da questão geracional (crianças, adolescentes e idosos).

São muito amplas as possibilidades de participação dos cidadãos através das associações civis. Scherer-Warren (2001, p. 42) define as associações civis como

formas organizadas de ações coletivas, empiricamente localizáveis e delimitadas, criadas pelos sujeitos sociais em torno de identificação e propostas comuns, como para a melhoria da qualidade de vida, defesa de direitos de cidadania, reconstrução ou demandas comunitárias etc. Trata-se, portanto, de organizações formais, com certa continuidade temporal e referência espacial.

A partir das principais formas de associativismo civil existentes no Brasil, a autora apresenta as seguintes tipologias:

- a) associações comunitárias: são aquelas em que os moradores encaminham suas reivindicações para a melhoria da infra-estrutura e da qualidade de vida (na saúde, educação, lazer, meio ambiente etc.); para reconhecimento de suas tradições culturais (através da promoção de eventos, festas, festivais etc.). Estão inclusos nessa categoria as chamadas sociedades amigos de bairro, os conselhos comunitários e as associações de bairro, de moradores ou de favelados e grupos locais de defesa cultural;
- b) mútua ajuda: são, geralmente, grupos que promovem ações pautadas na solidariedade, visando minimizar o sofrimento ou carências de segmentos sociais específicos, como crianças de rua, idosos, alcoolistas, doentes, atingidos por enchentes etc. Suas ações situam-se na fronteira entre o associativismo assistencialista (filantropia) e o associativismo de defesa da cidadania;

- c) associações de classe: são os sindicatos e associações profissionais que estão envolvidos na luta pela defesa de interesses de uma categoria de trabalhadores. Muitas vezes, a defesa da categoria divide espaço com lutas políticas mais abrangentes pela cidadania;
- d) organizações não-governamentais: trabalham a serviço de grupos carentes ou na defesa ou conquistas em torno de questões específicas, como meio ambiente, mulher, negro, direitos humanos etc. Normalmente, fazem mediações de caráter educacional ou político e oferecem assessoria técnica, apoio material ou logístico para o desenvolvimento socioeconômico, o bem-estar social ou a construção da cidadania de populações-alvo. As ONGs têm institucionalidades próprias, com registro civil como entidades sem fins lucrativos, públicas e não estatais. O crescente número de ONGs decorre da busca por parcerias com o Estado; elas são criadas para desempenhar uma mediação paraestatal;
- e) associativismo de base religiosa: o grupo constrói sua base organizacional a partir de uma religião institucionalizada, em que seus sujeitos identificam-se com os princípios normativos desta. O associativismo de base religiosa é um dos mais antigos e se desenvolve a partir de várias religiões, sobretudo em relação à filantropia;
- f) organizações de defesa da cidadania: se distinguem das ONGs porque são grupos sem institucionalidade (registro em cartório). Definem-se pela construção de identidades específicas ou de valores, lutando pelo seu reconhecimento na esfera pública, pela melhoria da qualidade de vida e pela defesa de direitos de gênero, ecológicos, étnicos, juvenis etc. As organizações de defesa da cidadania vêm se desenvolvendo a partir de ideários construídos no campo simbólico dos denominados novos movimentos sociais.

É importante destacar que as ONGs, atualmente, agem com propostas diferentes das ONGs *cidadãs* das décadas de 1970 e 1980. Elas passam a atravessar crises financeiras e, para sobreviver, realizam reengenharias internas e externas e modificam seus procedimentos, de maneira que as atividades de militância e pressão social passaram para segundo plano e as atividades produtivas ganharam centralidade no seu cotidiano (GOHN, 1998).

Pode-se observar que o contexto no qual operam as ONGs passa a ser bastante contraditório. Ao mesmo tempo em que atuam em áreas de problemas sociais cruciais, como crianças em situações de risco, meio ambiente, alfabetização, direitos humanos etc., elas se tornam interlocutoras privilegiadas nas políticas de desativação de atividades do Estado, passando a implementar políticas de parceria e cooperação (GOHN, 1998).

De acordo com Teixeira (2002), é possível distinguir três tipos de *encontros* que podem ocorrer entre ONGs e Estado: *encontro pressão*, *encontro prestação de serviço* e *encontro participativo*. O *encontro pressão* caracteriza-se pela inexistência de um contrato formal entre ONG e o órgão governamental, as organizações se sentem livres para criticar e procurar influenciar os rumos das políticas implementadas pelo Estado. O *encontro prestação de serviço* é aquele caracterizado por um serviço prestado pela ONG, no qual o Estado se relaciona com ela como se estivesse contratando um serviço. O *encontro participativo* está relacionado com a consolidação de um projeto elaborado conjuntamente entre poder público e ONG e envolve um contrato formalizado, espaço para críticas mútuas e divisão de responsabilidades.

De certa forma, o próprio fenômeno associativo guarda características distintas, algumas não se constituindo em lutas de escopo emancipatório, e outras que se referem à ações coletivas que, em diversas conjunturas, somam esforços com movimentos emancipatórios e críticos (VIANA, 2000).

Outros espaços de participação social no Brasil são os movimentos sociais. No entanto, o resultado das mudanças ocorridas na década de 1990, e que seguem até os dias de hoje por conta da implementação das políticas neoliberais, provocou a semi-paralisação dos movimentos, que passam a atuar mais reativamente contra as medidas e reformas que retiram ou flexibilizam as conquistas que obtiveram via Constituição (GOHN, 1998).

Conforme Scherer-Warren (2001, p. 45), podemos falar de movimentos sociais a partir do surgimento de práticas de lutas pela cidadania que transcendem as reivindicações específicas de uma associação: “É um conjunto mais abrangente de práticas sócio-político-culturais, resultante de múltiplas redes de relações sociais entre sujeitos e associações civis, que visam a realização de um projeto de mudança: social (a partir do cotidiano), sistêmica ou civilizatória”.

Muitas vezes, os movimentos sociais são confundidos com organizações; no entanto o movimento social transcende a prática localizada e temporal de uma organização. As organizações são institucionalizadas, os movimentos, não. Elas podem ter sistemas de relações internas informais, pouco burocratizadas, mas precisam ser eficientes, precisam se preocupar com a perenidade para sobreviver e ter um cotidiano contínuo. Já os movimentos têm fluxos e refluxos, não são exatamente estruturas funcionais. “São aglomerados polivalentes, multiformes, descontínuos, pouco adensados, não necessitam de compromisso com a eficácia operacional, a não ser algum tipo de resultado para suas bases”. Diferentemente das organizações, não precisam de balancetes, prestação de contas ou pagamento de funcionários. “Os movimentos são um misto de não-racional/racional e até de irracional em certos momentos” (GOHN, 1997, p. 49; SCHERER-WARREN, 2001).

Os movimentos sociais baseiam-se em redes da vida cotidiana e constroem e configuram novos vínculos interpessoais, inter-organizados e político-culturais com outros

movimentos. Essa dinâmica faz com que seu alcance político e cultural ganhe maiores proporções, para além das comunidades locais (ALVAREZ, DAGNINO e ESCOBAR, 2000).

Os movimentos sociais apresentam estágios de desenvolvimento, indo de simples reivindicações locais, espontâneas ou burocratizadas, até formas desenvolvidas de lutas, utilizando-se de mecanismo de pressão de massas. Quando um movimento atinge um estágio mais desenvolvido, ele se encontra articulado a formas de lutas mais gerais da sociedade e se constitui em movimento social propriamente dito: “As formas mais desenvolvidas apresentam ou se baseiam num projeto mais geral da sociedade e superam a visão localista, das reivindicações parciais”. Entretanto, os movimentos sociais devem ser analisados como um processo dinâmico e não em termos de uma visão por etapa. “Isto significa que mesmo os movimentos que se encontram em estágios pouco desenvolvidos [...] eles já contêm os germes da negação do sistema [...] e gestam práticas nas quais existe um apelo à democracia, a novas formas de relações sociais”. Os movimentos sociais imprimem um sentido novo às relações sociais existentes (GOHN, 1985 p. 170).

Por intermédio dos movimentos sociais, os sujeitos coletivos poderão começar a minar as tradicionais estruturas de dominação com seus respectivos modelos de desenvolvimento, de exclusão social, de discriminação sociocultural; e estabelecer novos rumos de civilidade para a nossa sociedade e com vistas às gerações futuras (SCHERER-WARREN, 2001, p. 45).

Os movimentos populares, ao assumirem o Estado como responsável pelo bem-estar geral, ameaçam a legitimidade do sistema dominante, adquirindo importância como agentes politizadores e mobilizadores das questões sociais junto às camadas populares, e como interlocutores políticos junto aos órgãos do poder (GOHN, 1985).

Cabe destacar que os movimentos sociais, na qualidade de portadores de valores fundantes e legitimadores de modalidades de vida cotidiana identificadas com a liberdade e justiça, são capazes de afirmar direitos, impulsionando a construção de uma cultura jurídica

plural, introjetando valores essenciais para a reconceituação da justiça (autonomia, satisfação de necessidades fundamentais, participação democrática de base, expressão cultural do *novo*) (WOLKMER, 1992).

Os movimentos sociais têm a capacidade de gerar o novo. Eles são guias indicativos para a solução dos problemas, não apenas porque, ao vivenciarem uma dada situação, apresentam modos alternativos de solução, mas porque os novos movimentos sociais têm a capacidade de fazer sínteses, previsões, desenhar resultados, ou seja, eles têm a capacidade da criação, que se perde no círculo das relações estatais (GOHN, 1997).

De acordo com Scherer-Warren (2001), tanto os movimentos sociais quanto as associações civis são capazes de realizar a *invenção democrática*, o que envolve importantes iniciativas, como aponta a autora: movimento de vigília cidadã (cobrança em termos da transparência de práticas públicas democráticas); lutas por novos direitos (cumprimento e regulação de direitos da Constituição brasileira e luta por novos direitos que venham dar respostas às exigências sociais); reconhecimento das identidades e das subjetividades específicas (reconhecimento da igualdade como respeito a diferenças culturais, opções religiosas etc.); politização e socialização de novos valores a partir do cotidiano familiar e comunitário (integrar as práticas cotidianas ao respeito à sociedade como um todo); e, finalmente, a participação nas políticas públicas através dos conselhos e as múltiplas possibilidades que dela decorrem.

Os fóruns temáticos da sociedade civil são outro espaço que hoje privilegia a participação social. Eles dão visibilidade ao surgimento e à qualificação da articulação entre os vários tipos de fóruns e diferentes organizações, que foi alcançada durante a década de 1990. Os fóruns são espaços que promovem a articulação e comunicação entre várias organizações sociais em torno de um tema, no sentido de assumir uma postura propositiva,

crítica e de negociação que permita democratizar os processos de formulação de políticas na respectiva temática trabalhada (SILVA, 2002).

A articulação entre as diversas organizações não pressupõe a diluição das identidades envolvidas, mas possibilita a construção de consensos e a formulação de ações comuns a partir de uma interação comunicativa. “Esses espaços de articulações societárias, ao permitirem o encontro de diferentes organizações, viabilizam a construção de projetos políticos compartilhados. Na medida em que passam a ser expressos por um ator coletivo, esses projetos ganham mais força para entrar na agenda pública da sociedade” (SILVA, 2002, p.179).

Silva (2002), a partir de uma investigação sobre a experiência do Fórum Nacional de Reforma Urbana, de forma geral, aponta algumas particularidades presentes na dinâmica de um fórum temático: é um desafio constante construir um espaço de funcionamento sistemático e regular, pois não é sempre que a agenda e os interesses das diferentes entidades convergem, fato que cria dificuldades em situações de interlocução com as agências governamentais; os fóruns, como espaço de articulação, assumem o papel de representar um conjunto de organizações; portanto, as relações internas exigem uma coesão acentuada e qualitativa, no que se refere à legitimidade que um fórum deve possuir para se constituir como um ator representativo; e, apesar de um fórum se constituir com base em consensos internos, ele deve manter sua capacidade de ser ativo politicamente, por ser um espaço no qual as diferenças são expressas.

Existem outros espaços públicos que garantem a participação no atual cenário sócio-político brasileiro; entretanto, sobre a participação no cenário das políticas públicas destacam-se os conselhos, os quais serão discutidos na próxima seção desse trabalho.

Do que foi discutido nessa primeira parte, ficam algumas considerações, principalmente sobre a participação social estar vinculada às características da conjuntura

histórica e, nesse movimento, vinculada a diferentes termos, como, por exemplo, democracia, solidariedade, organização e exclusão. Na história recente do Brasil, é possível distinguir três momentos em que a participação aparece com características diferenciadas, marcadas pelo desenvolvimento de comunidade, cujas experiências aconteceram principalmente na década de 1960, pela transformação democrática nas décadas de 1970 e 1980, e pela resistência e emergência de espaços públicos que persistem na luta pela ampliação democrática que marcou a década de 1990 e os primeiros anos do século XXI.

Os novos espaços e as novas formas de participação e relacionamento com o poder público construídos pela sociedade civil organizada na década de 80 representaram a possibilidade de transformação das carências de seu entorno em práticas reivindicatórias concretas. Os movimentos sociais, principalmente, conseguiram traduzir suas agendas em políticas públicas e expandir as fronteiras da política institucional. Suas lutas significaram redefinir as noções de cidadania e participação, que ganham um sentido de distribuição dos bens da sociedade, um caráter transformador dos mecanismos que mantêm e/ou reproduzem as desigualdades sociais (ALVAREZ, DAGNINO e ESCOBAR, 2000; LIMA, 1980).

As lutas plurais demandantes de representação autônoma no processo de distribuição de bens públicos e formulação de políticas públicas começam, nos anos 1990, a dar lugar ao modo inovador de operar os programas sociais compensatórios e de estimular as empresas a aderirem a eles. As empresas adotam pautas filantrópicas, fazendo expandir o discurso da responsabilidade social das empresas. A participação é parte de um projeto acrítico, despolitizado e assistencialista. Nesse sentido é oportuno resgatar a contribuição de Chauí (1990), que afirma que a despolitização só será eficaz se também produzir o sentimento da participação.

Nesse contexto, temos ainda uma sociedade civil que se organiza e atua, num cenário plural, com diferentes projetos, propostas e não como um campo homogêneo. Projetos de

emancipação e a superação de todas as formas de exclusão despontam como projeto contra-hegemônico estratégico de democratização da sociedade e do Estado.

Dessa maneira, afirma-se a existência de dois projetos societários opostos, que apontam para formas diferenciadas de participação social. Em confronto, o projeto neoliberal, que prioriza o Estado mínimo e a refilantropização da questão social; do outro lado, um projeto que se afirma a partir de sujeitos sociais preocupados com formas justas de existência, na busca pela universalização de direitos, ampliação das conquistas sociais e extinção das desigualdades.

Para que esse projeto alcance êxito, a participação não deve se limitar à participação física dos agentes sociais, pois esta se constitui em apenas um de seus indicadores. Deve indicar que grupos sociais são capazes, num dado momento, de mobilizar e organizar os setores subalternizados para obter seus objetivos sociais e alcançar uma nova cidadania (CARDOSO, 1980 *apud* GOHN, 1985).

Como nos mostra a trajetória histórica da nossa sociedade, a participação não é um assunto novo. É um discurso que se efetiva e se reelabora em função da correlação de forças existentes em dado momento. No entanto, o conceito de participação guarda algumas características que perpassam os diferentes períodos, podendo ser entendido como “proceso social a través del cual los distintos sectores de la población [...] intervienen directamente o por medio de sus representantes y/u organizaciones en los distintos aspectos de la vida colectiva”. Intervenção esta que envolve uma questão complexa, mas da qual dependem os esforços para que se efetive um projeto societário sob formas de sociabilidade democráticas: a participação como partilha de poder (BASURTO, SORIANO e CASILLAS, 2001, p. 81).

3. A PARTICIPAÇÃO NOS ESPAÇOS PÚBLICOS DE GESTÃO DAS POLÍTICAS: CONSELHOS E SERVIÇO SOCIAL

Entre o legado das lutas sociais ocorridas nas décadas de 1970 e 1980 é que se pode identificar a democratização dos processos decisórios responsáveis pela definição de prioridades e modos de gestão das políticas públicas brasileiras. Conquistas do movimento social combativo, progressista e articulador de interesses dos excluídos da sociedade civil, os Conselhos não são os únicos espaços de participação social, mas possuem características particulares, posto que são permanentes e sistemáticos com garantia jurídico/formal.

De acordo com Tatagiba (2002), os conselhos se dividem em três tipos principais:

- a) conselhos de programas: vinculados a programas governamentais, trabalham com a noção de clientelas específicas, geralmente as beneficiárias dos programas. A participação nos conselhos de programas, além de acolher a clientela-alvo ou beneficiária, contempla também as parcerias e sua potência econômica ou política. Exemplos são os Conselhos Municipais de Desenvolvimento Rural, de Alimentação Escolar, de Habitação, de Emprego, entre outros;
- b) conselhos temáticos: sem vinculação imediata a um sistema ou legislação nacional, existem na esfera municipal por iniciativa local ou por estímulo estadual. São aqueles que se associam a grandes movimentos de idéias ou temas gerais relacionados a alguma peculiaridade de perfil político ou social do município. Têm formatos variáveis, no entanto, geralmente há participação de representações da sociedade e a assunção de responsabilidades públicas. Incluem-se nesse grupo os Conselhos Municipais de Direitos da Mulher, da Cultura, de Esportes, de Transportes, de Patrimônio Cultural, entre outros;
- c) conselhos de políticas: ligados às políticas públicas, são previstos em legislação nacional e considerados parte integrante do sistema nacional e descentralizado,

com atribuições estabelecidas na formulação e implementação das políticas na respectiva esfera governamental, compondo práticas de planejamento e fiscalização das ações.

Os conselhos de políticas dividem-se em conselhos de políticas sociais e de direitos. No âmbito dos conselhos de políticas sociais destacam-se os de saúde e assistência social, e os da criança e do adolescente, de idosos e portadores de deficiências são exemplos dos conselhos de direito.

Reconhecidos, com competências definidas em estatuto legal, os conselhos de políticas vêm garantir a efetivação do princípio emanado da Constituição de 1988 de participação da sociedade no processo de decisão, definição e operacionalização das políticas públicas. A participação é uma forma de garantir o controle social de políticas públicas ou defesa de direitos de segmentos específicos. Historicamente entendido como controle do Estado ou do empresariado sob as massas, o sentido do controle social inscrito na Constituição e suas leis complementares é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais (GOMES, 2000; GOHN, 1997).

Os conselhos são deliberativos, têm composição paritária entre representantes da sociedade civil e do governo e se organizam nas três esferas da federação (União, Estados e municípios). A legislação em vigor no Brasil preconiza que, para o recebimento de recursos destinados às áreas sociais, os municípios devem manter conselhos gestores.

São instâncias do exercício de experiências de democracia direta, e seu objetivo essencial e maior desafio é “romper com uma sociabilidade marcada por relações de favor e de tutela, pelo clientelismo e pelo uso da coisa pública com fins privados, traduzida certamente em corrupção” (GOMES, 2000, p. 166).

As experiências dos conselhos demonstram que estes são espaços importantes de participação coletiva e de criação de novas relações políticas entre governos e cidadãos e,

principalmente, de construção de um processo de interlocução permanente. Nele se estabelecem mecanismos de negociação e pactuação, em que os sujeitos penetram na lógica burocrática estatal para transformá-la e exercer o controle socializado das ações e deliberações governamentais (DEGENNSZAJH, 2000).

Gohn (2003) afirma que os conselhos criam uma nova institucionalidade pública expressa pelo surgimento de uma esfera social-pública não-estatal, ou seja, de um espaço no qual se estabelece um novo padrão de relações entre o Estado e a sociedade.

Os conselhos criam condições para um sistema de vigilância sobre a gestão pública, o que implica uma maior cobrança de prestação de contas do poder executivo. Eles podem ser instrumentos valiosos para a constituição do poder popular ou auxiliar na consolidação da cultura política elitista. Para que isso não ocorra, esses espaços devem ser ocupados pela sociedade civil comprometida com a constituição de novos padrões de gestão democrática e participativa e, acima de tudo, com a ampliação da cidadania.

Nesses espaços a sociedade civil é “interpelada a modificar-se, a construir alianças em torno de pautas coletivas, a transcender a realização de interesses particularistas e corporativistas, convocada ao exercício de mediações sociais e políticas para o atendimento das demandas populares” (DEGENNSZAJH, 2000, p. 66).

O contingente de conselheiros não-governamentais, de organizações e movimentos sociais e de profissionais envolvidos com os conselhos demonstra a existência de uma grande concentração de energia e investimentos nesses espaços de gestão pública e sua importância como estratégia de participação, o que também justifica um olhar mais detido sobre eles. Conforme dados do Conselho Nacional de Saúde, no ano 2000 calcularam-se mais de 50 mil conselheiros de saúde presentes nos 27 Conselhos Estaduais de Saúde, no Conselho Nacional de Saúde e nos mais de 3 mil Conselhos Municipais de Saúde que funcionam normal e

regularmente, sendo que restam pouco mais de 1.900 Conselhos Municipais de Saúde com funcionamento ainda precário ou irregular (BRASIL, 2002).

3.1. Conselhos de saúde no Brasil⁴

No âmbito da política de saúde, o controle social só é regulamentado em 1990 com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde – LOS que congrega as leis 8.080/90 e, mais especificamente, com a lei 8.142/90:

O conselho de saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo [...]. As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio aprovados pelo respectivo Conselho. Para receberem os recursos de que trata o artigo 3º. dessa lei, os municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com: [...] conselho de saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto 99.438, de 7 de agosto de 1990 (BRASIL, 2001).

Essa lei, apesar dos vetos que sofreu, é um importante instrumento na configuração jurídico-política de um novo modelo assistencial, capaz de ter impacto sobre a saúde da população. A LOS garante a participação em duas instâncias formais: as conferências e os conselhos de saúde. As conferências de saúde são eventos que devem ser realizados periodicamente para discutir a política em cada esfera de governo e propor diretrizes de ação. As deliberações das conferências devem ser entendidas como norteadoras da implantação da política de saúde e, portanto, devem influenciar as discussões travadas nos conselhos (VALLA, 1998; BRAVO, 2001).

⁴ Neste momento resgataremos alguns dos principais autores que vêm pensando diferentes questões referentes à prática do controle social em saúde no Brasil, porém, incluiremos as importantes contribuições de Raichelis (ver também Degennszajh), que constrói seu debate acerca do controle social na política de assistência social.

Já os conselhos de saúde são espaços compostos por usuários e gestores/prestadores dos serviços de saúde, de caráter permanente, deliberativo e paritário. Os conselhos, nos três níveis (nacional, estaduais e municipais), têm que ser compostos por 50% de usuários, e os outros 50% compostos por prestadores de saúde. Cabe lembrar que em 1992, o Conselho Nacional de Saúde publicou uma resolução que afirma que os 50% relativos aos prestadores de saúde devem ser assim estabelecidos: 25% para os gestores (públicos, privados e conveniados) e 25% para os trabalhadores da saúde (BRAVO, 2001).

Para Conil, Bravo e Coelho (1995, p. 100) os conselhos de saúde significam também o *locus* de um poder formal atribuído às diversas formas de organização popular. Através desses espaços político-administrativos “a participação popular, comunitária ou dos usuários adquire finalmente uma expressão não apenas discursiva, nem jurídica, mas operativa e real”.

Os conselhos vêm contribuir para a gestão no âmbito dos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, especialmente nos seguintes aspectos:

- a) situação de saúde da população sob o ângulo dos riscos sociais e epidemiológicos, dos direitos de cidadania dos grupos populacionais e de cada indivíduo;
- b) prioridades das intervenções (oferta de serviços) de promoção, proteção e recuperação da saúde da coletividade e de grupos de riscos;
- c) formulação de diretrizes e estratégias de intervenções do SUS (oferta de serviços), levando em conta a relação custo-benefício;
- d) formulação de diretrizes e estratégias para o processo de planejamento, compromissos de metas, orçamentação e execução orçamentária;
- e) acompanhamento e avaliação do processo de execução de planos, do orçamento e do cumprimento de metas, em função dos resultados e do impacto na saúde da população geral e dos grupos de riscos, no âmbito das responsabilidades e atribuições legais do gestor;

- f) receber dos demais órgãos da gestão todas as informações necessárias ao cumprimento das atribuições legais do conselho de saúde em relações de parceria e sinergismo (BRASIL, 2002).

Além das conferências e dos conselhos formalizados nas três esferas de governo, existem outras propostas de participação na política de saúde pensadas e executadas pela iniciativa dos movimentos populares que atuam no setor da saúde. São propostas que incorporam a via das discussões em colegiados, como os casos dos fóruns temáticos, dos conselhos locais ou comunitários de saúde, conselhos distritais de saúde e conselhos gestores ou diretores de unidades de saúde que, mesmo não previstos em lei, assim como os outros conselhos, se traduzem em instrumentos democráticos da população e contribuem para a viabilização de uma prestação mais eficiente de serviços públicos e de efetivação de dinâmicas de gestão descentralizada (BRAVO, 2001; JACOBI, 1990).

Os conselhos gestores de unidades de saúde são os espaços voltados à discussão de questões inerentes ao funcionamento da unidade, têm a paridade como princípio e objetivam ampliar a participação popular nas ações de saúde. Organizados por distrito sanitário⁵, os conselhos distritais de saúde facilitam a discussão e elaboração da política de saúde em determinada área de abrangência do município. Já os conselhos locais de saúde⁶ são definidos como

espaços de articulação e amadurecimento de propostas dos usuários e profissionais de saúde no enfrentamento dos embates na luta pela saúde. É o fórum privilegiado para que a população faça discussões sobre as questões referentes à saúde na sua localidade, bem como elaborar propostas a serem levadas e defendidas em instâncias decisórias (conselhos distritais e/ou municipais) (BRAVO, 2001, p. 81).

⁵ O distrito sanitário é uma área delimitada com base em aspectos políticos, administrativos, geográficos e epidemiológicos, objetivando facilitar o planejamento e organização dos serviços de saúde. É uma estratégia que atende o princípio de regionalização do SUS (BRAVO, 2001).

⁶ No município de Florianópolis, o Conselho Municipal de Saúde, definiu, a partir da resolução n. 01 de maio de 2000, as atribuições dos Conselhos Locais de Saúde. A resolução define o Conselho Local como órgão consultivo do SUS na área de abrangência da unidade local de saúde. (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, 2000).

A consolidação de propostas participativas, como os conselhos locais de saúde, representa a potencialização e a ampliação de práticas comunitárias, através do estabelecimento e ativação de um conjunto de mecanismos institucionais que reconhecem direitos efetivamente exercitáveis, como o direito à saúde, e estimulam estratégias de envolvimento e co-responsabilização (JACOBI, 2003).

Cabe também destacar que os conselhos locais refletem a mobilização do poder local entendido como sistema organizado da sociedade civil num espaço limitado, descentralizado, ou seja, no município em seus múltiplos espaços, como o bairro ou quarteirão em que se vive. O envolvimento da sociedade com o poder no âmbito local faz emergir um novo modelo de administração pública, que reconhece o papel social condutor das demandas sociais, na atuação das associações, até mesmo do cidadão portador de interesse meta-individual (JESUS, 2001).

Considerados os *loci* do fazer político, os conselhos não são espaços consensuais, mas, sim, espaços de conflitos e de expressão de contradições, de democracia, negociação, articulação e construção de alianças. Os conselhos criam condições para um sistema de vigilância sobre a gestão pública e, de maneira geral, sobre a partilha do poder com segmentos da sociedade que historicamente estiveram excluídos dos processos decisórios. Por isso, certas questões são muito relevantes no debate atual sobre a implementação dos conselhos. Questões que envolvem a correlação de forças estão intimamente ligadas à representatividade qualitativa e à paridade entre os diferentes segmentos sociais que compõem os conselhos.

Os problemas quanto à paridade decorrem do fato de que, mesmo com a garantia de uma igualdade numérica entre sociedade e governo, essa igualdade em alguns conselhos é ainda ignorada ou não é suficiente para garantir o equilíbrio no processo decisório. Essa equivalência envolve a contínua disputa pela hegemonia no interior dos conselhos. “A paridade, portanto, parece intrinsecamente relacionada não apenas ao reconhecimento da

legitimidade da representação do *outro*, mas também à capacidade de estabelecer com ele acordos contingentes em torno de demandas específicas” (TATAGIBA, 2002, p. 59, grifo da autora; GOHN, 2003).

Krüger (1998, p. 34) afirma que a capacidade de os conselhos estabelecerem uma nova dinâmica no plano da gestão das políticas de saúde está sendo ameaçada em função da capacidade de que as classes sociais inseridas nos conselhos têm de fazer uso deste espaço para seus interesses. Conforme a autora, existe uma desigualdade que se expressa tanto na capacidade de atuação, quanto na inserção política, o que tem beneficiado segmentos com mais *competência teórico-política*, que segundo a autora, no campo da saúde, possuem os representantes dos prestadores de serviço privados para o SUS. Suas propostas são mais valorizadas dentre as demais e, pelas suas condições sociais, possuem melhor trânsito nos aparelhos do Estado e defendem dentro do conselho seus interesses de retorno financeiro.

O significado político dos conselhos vem despertando questionamentos referentes à representatividade, especialmente dos setores da sociedade civil e do governo e suas relações com seus representados. A representação governamental aparece como mais uma tarefa, nem sempre priorizada, a ser cumprida dentro da rotina de trabalho, o que permite afirmar a existência de um vínculo muito frágil entre os representantes governamentais e seus órgãos de origem. Os representantes governamentais movem-se com alguma autonomia, defendem suas próprias opiniões e não as propostas e posicionamentos resultantes da discussão com as agências estatais envolvidas, situação que ocorre apenas nas matérias que não apresentam interesse político direto do Executivo. Quando esta situação emerge, essa relativa autonomia é imediatamente restringida, passando a funcionar os mecanismos de enquadramento dos técnicos com base na hierarquia de posições e de poder. Assim, as posições do governo nem sempre chegam ao conhecimento do conselho, da mesma forma que as discussões dos

conselhos costumam não ser acompanhadas pelo Estado (RAICHELIS, 1998; TATAGIBA, 2002).

Isso decorre da pouca importância que o Estado confere à sua participação nos conselhos, mandando para as reuniões pessoas não preparadas para a discussão e com pouco poder de decisão. Essa política de esvaziamento dos conselhos tem se refletido nos altos índices de ausência dos conselheiros governamentais das reuniões e da grande rotatividade destes. Isso produz um enfraquecimento dos conselhos que, apesar de suas prerrogativas legais, não conseguem impedir que muitas questões importantes sejam decididas nos gabinetes dos altos escalões do governo, sob a influência dos interlocutores tradicionais (TATAGIBA, 2002, p. 63-64).

A fragilidade da representação da sociedade civil é outro aspecto que vem despertando questionamentos, isso porque, como destacam Bravo e Souza (2002), as entidades que vêm representando este segmento na saúde são, por exemplo, clubes de serviço (Lions, Rotary e Maçonaria), e/ou também porque existe um reconhecimento unânime quanto à falta de capacidade dos conselheiros para uma intervenção mais ativa no diálogo deliberativo no interior dos conselhos. Muitas vezes, a falta de tradição participativa da sociedade civil, a falta de exercício prático, o desconhecimento das possibilidades dos conselhos e a existência de concepções oportunistas sobre o que eles representam prejudicam o desempenho da sociedade civil, afetando seu compromisso com a *coisa pública*.

O problema de capacitação geralmente atinge de forma diferenciada os distintos atores envolvidos nos conselhos, mas, no caso da representação da sociedade civil, é um desafio que, superado, permite que sua intervenção não esteja sujeita à desigualdades, “que não deixem as consequências serem reprodutoras de cenas históricas tradicionais” (KRÜGER, 1998, p. 36).

O cotidiano dos conselhos tem revelado ainda a separação entre o saber técnico e o saber popular, reiterando práticas subalternizadoras. De acordo com Campos e Maciel (1997), o trabalho de representação pública tem sido em maior parte dedicado aos representantes governamentais ou a intelectuais conselheiros. Por outro lado, o trabalho de mobilização e

todo o fardo operacional tem sido reservado à representação não-governamental, o que demonstra um poder conservador e antidemocrático que sobrevive no interior dos conselhos.

Essa relação no espaço do controle social demonstra o que Sposati e Lobo (1992, p. 374, grifo das autoras) chamam de *alteridade subalternizada*. Esta se expressa onde a relação é de deferência de quem tem o poder. O espaço não é do *alter* (do outro), mas dos donos do poder. “O grande risco é a infantilização, tratando os representantes populares como crianças do pré-primário. Reduzem-se os assuntos, é retirada a sua complexidade, desproblematizam-se as questões, pois *o povo não iria entender*”. As relações pautadas nessa lógica reiteram a cultura elitista, “onde o *povo* é visto como ignorante, digno de comiseração”.

A cultura política brasileira ainda convive com o fenômeno do coronelismo, que sujeita a população ao poder dos donos da política local. Muitas das dificuldades enfrentadas pelos conselhos decorrem dessa cultura, pois isso determina o predomínio da burocracia, com ênfase nos aspectos administrativos e técnicos, e nas práticas políticas visando à cooptação da população. Essas relações no espaço dos conselhos caracterizam negativamente o conflito, mascaram sua existência no processo de amadurecimento das questões sociais e enfatizam a naturalização das diferenças (SPOSATI e LOBO, 1992; KRÜGER, 1998).

Existe no espaço dos conselhos uma imensa dificuldade de reconhecer a existência e a legitimidade do conflito. O debate aberto das divergências e a prática do dissenso são geralmente identificados como oposição ao governo, o que demonstra uma forma de desqualificar as instâncias globalizadoras da política e os mecanismos de socialização da política e do poder (KRÜGER, 1998).

Essa desqualificação está presente ainda em práticas que apontam para a burocratização e rotinização do funcionamento dos conselhos. A centralização do poder nas mãos do executivo fragiliza, em muitos casos, a autonomia dos conselhos diante das

condições que os governos reúnem para interferir, neutralizar ou mesmo minar suas ações e decisões (DEGENNSZAJH, 2000).

São inúmeros os exemplos que revelam essa interferência em todos os níveis que vai desde a sonegação de informações, principalmente as relativas ao orçamento, até a nomeação dos representantes da sociedade civil sem a mediação de um processo eleitoral democrático, mudanças unilaterais nas regras da eleição, cooptação de conselheiros, presidências impostas etc. (DEGENNSZAJH, 2000, p. 67).

Quando se trata de conselhos de saúde, outro aspecto contribui para a dificultar as deliberações e as relações. Apesar de haver clareza quanto ao papel do conselho, muitas vezes não se consegue ultrapassar a concepção de saúde baseada na recuperação de doenças, para a promoção e a vigilância, fazendo com que as reivindicações se limitem à cobrança por equipamentos e que outros temas, como, por exemplo, saneamento básico ou moradia, que representam determinantes para se atingir a saúde, estejam ausentes nas pautas dos conselhos (SILVA, 1997).

Ainda sob o aspecto da concepção de saúde, Sposati e Lobo (1992) alertam para o fato de que o controle social deve ser um mecanismo que se volte não somente a regulação dos serviços existentes, mas que se volte para o horizonte do que ainda deve ser feito para garantia do direito universal à saúde, sob pena de transformar a saúde em serviço, esquecendo-se da saúde como direito.

Entretanto, apesar das conquistas legais, entre elas os próprios conselhos, é indispensável afirmar que a política de saúde nos últimos anos vêm se deteriorando, tendo em vista a diminuição de verbas para o setor, agravada com a piora da situação de saúde da população em decorrência da sua condição de vida. É possível notar que ela depende do interesse e da forma de governar de quem está no poder, e se sujeita, bem como as demais políticas sociais, às suas inflexões. Da mesma forma, os conselhos enfrentam dificuldades

oriundas das peculiaridades da conjuntura social e econômica e da vontade política de quem deseja administrar a saúde com transparência.

Nessa direção, os conselhos precisam extrapolar seus próprios limites, articulando-se e estimulando a mobilização de forças sociais e políticas mais amplas, que dinamizem formas de reconhecimento e organização, sobretudo dos segmentos não atingidos pelos canais tradicionais de representação política. No âmbito da saúde, é preciso que se construa uma pauta comum de necessidades que articule os diversos movimentos em torno do projeto de reforma sanitária⁷ (RAICHELIS, 1998; CONIL, BRAVO e COELHO, 1995).

Para tanto, Bravo (2001) apresenta algumas estratégias a serem viabilizadas:

- a) democratização das informações relativas às diversas políticas sociais;
- b) realização de encontros populares e/ou pré-conferências;
- c) rearticulação dos conselhos locais e/ou fóruns populares;
- d) implantação ou rearticulação dos conselhos gestores de unidade;
- e) mobilização das entidades dos profissionais para participarem dos conselhos;
- f) elaboração de planos com a participação dos sujeitos sociais;
- g) mobilização e/ou iniciativas para modificar a composição dos conselhos não paritários;
- h) articulação entre os conselheiros representantes dos usuários e trabalhadores.

Portanto, um dos grandes desafios dos conselhos de saúde é envolver indivíduos ainda dispersos e pouco organizados, aproximando-os da capacidade de realizar uma reflexão

⁷ O projeto de Reforma Sanitária se consolidou na década de 1980 através de um amplo esquema de debates e de lutas que ganharam forte expressão com o envolvimento de cientistas, acadêmicos e tecnocratas progressistas, e, principalmente, com o engajamento de diversos segmentos da sociedade civil organizada em torno da questão sanitária. Apesar das conquistas inscritas na Constituição de 1988, esse projeto enfrenta resistências e ataques, o que permite afirmar que, atualmente, é preciso que os sujeitos sociais preocupados com a questão da saúde resgatem o projeto de Reforma Sanitária. O projeto tem como base o Estado Democrático de Direito, sendo a saúde como direito social e dever do Estado suas principais premissas. Ela aborda temas como a ampliação das conquistas sociais, democratização do acesso à saúde; superação do déficit social e que o financiamento para o setor seja efetivo. Uma das principais estratégias de ação nessa direção é a descentralização com controle social (BRAVO, 2001).

consciente sobre a condução dos assuntos públicos. Para tanto, é preciso aproveitar o potencial mobilizador e aglutinador próprio da temática da saúde, já que é uma das reivindicações presentes no escopo das lutas de diversos espaços públicos de participação (SILVA, 1997; CONIL, BRAVO e COELHO, 1995).

3.2. O Serviço Social nos conselhos: participação e construção democrática

O assistente social é, hoje, o profissional que vem sendo chamado a interferir nos conselhos. Esse é um espaço que está sendo ocupado principalmente no âmbito dos municípios, de forma a priorizar o reforço do poder local e ampliar os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas.

Os conselhos representam possibilidades novas de trabalho social comprometido com a resistência, mas também o espaço em que se revelam conhecimentos a serem apropriados, estratégias a serem decifradas e desenvolvidas, e, principalmente, demandas a serem atendidas. As mais comuns tratam da incorporação da pesquisa acerca das potencialidades dos conselhos e do estímulo à política de extensão universitária, tornando público o conhecimento produzido; capacitação dos conselheiros, principalmente dos representantes da sociedade no sentido de fiscalização das contas públicas; acompanhamento dos conselhos que se sujeitam à vontade política do poder público; entre outras (BRAVO e SOUZA, 2002).

Têm-se assistentes sociais atuando nos conselhos de direitos da criança e do adolescente, da mulher, do idoso, da saúde, da previdência, da assistência social, entre outros, nas três esferas de governo. Estes participam também de conselhos locais de saúde, habitação, política urbana, transporte e colegiados de orçamento participativo. Efetivamente, esses espaços estão se constituindo em *locus* privilegiado dos processos de trabalho do assistente social. A importância do trabalho que vem sendo realizado pelos assistentes sociais

nesse campo decorre do seu comprometimento com o avanço da democracia, fundado nos princípios da participação e do controle social, com a universalização dos direitos, garantindo a gratuidade no acesso a serviços e a integralidade das ações voltadas à defesa da cidadania de todos, como princípios do projeto ético-político profissional (IAMAMOTO, 2002).

Nesse contexto, o assistente social é tido como o profissional da participação, entendida como partilha de decisões, de poder. Pode impulsionar formas democráticas na gestão de políticas e programas, socializar informações, alargar os canais que dão voz e poder decisório à sociedade civil, permitindo ampliar sua possibilidade de ingerência na *coisa pública* a partir de uma concepção de gestão que reconhece uma arena de interesses a serem negociados (IAMAMOTO, 2001).

A contribuição dos assistentes sociais para fazer avançar a esfera pública⁸ no campo das políticas sociais é incontestável. Isto porque a potencialização dos conselhos, pela sua intrínseca ligação com as políticas públicas, interessa ao profissional que, no seu cotidiano, atua junto àqueles que, por direito, devem usufruir de programas e ações decorrentes da implantação de ações públicas planejadas. Além disso, o que se busca é construir uma cultura pública democrática, em que a sociedade tenha um papel questionador, propositivo, por meio do qual se possa partilhar poder e dividir responsabilidades. Com a parceria de inúmeros atores e segmentos que integram os conselhos, fóruns e movimentos, numa mobilização democrática permanente, é possível dar concretude à defesa do princípio da universalização das políticas sociais e da garantia do controle social, cujos fins maiores são a equidade e a justiça social (BREDEMEIER, 2003, P. 86).

Apesar dos estudos que vêm sendo produzidos sobre a inserção dos assistentes sociais nos conselhos, muitas vezes se desconhece o conteúdo ídeo-político das intervenções realizadas. No entanto, estes estudos mostram algumas respostas que os assistentes sociais

⁸ A esfera pública pode ser entendida como espaço de interlocução de diferentes sujeitos coletivos que tornem públicos os interesses da sociedade civil e da sociedade política (DEGENNSZAJH, 2000).

vêm oferecendo às demandas colocadas frente aos conselhos, de que forma se inserem nesses espaços e algumas questões que se apresentam à prática profissional. Estes são os aspectos que destacaremos a seguir.

3.2.1. Os assistentes sociais nos conselhos

Os conselhos são entendidos como espaços em que os assistentes sociais atuam em uma dupla perspectiva: como representantes dos diversos segmentos, a depender da entidade que representam, ou como assessores do conselho ou de alguns segmentos, em particular, dos usuários.

Como conselheiro, o assistente social pode ser representante do governo na condição de gestor, pode representar uma entidade prestadora de serviço e, como é mais comum verificar, representar o segmento dos trabalhadores. No âmbito da sociedade civil organizada pode ser representante de diferentes organizações, dos movimentos de defesa de direitos e assessoria. O assistente social, na condição de conselheiro, é portador de um mandato, de uma delegação atribuída pelo segmento que lhe coube representar (GOMES, 2000).

Como qualquer conselheiro, o assistente social tem as atribuições específicas estabelecidas na legislação e no regimento do respectivo conselho. É de suma importância considerar que, no exercício da representação, o conselheiro tem a responsabilidade de fazer a articulação necessária entre o segmento que representa, sua agenda específica, bem como o encaminhamento da agenda mais ampla do conselho, o que o remete à tarefa de estabelecer canais de comunicação concreta para que a sua representação possa ser legítima. Senão, corre-se o risco de representar a si mesmo e, portanto, enfraquecer o movimento coletivo que deve dar substância ao trabalho dos conselheiros nos conselhos (GOMES, 2000; COUTO, 1999).

Bravo e Souza (2002, p. 79-80), ao investigarem a atuação dos assistentes sociais nos conselhos de saúde, identificaram alguns elementos entendidos como *termômetros* para verificar a representatividade das entidades dos assistentes sociais em relação às suas bases e aos conselhos de saúde, considerando dados de levantamento feito pelo CRESS 7^a. Região, em 34 municípios do Estado do Rio de Janeiro, quais sejam:

- a) o mecanismo de escolha das entidades representadas pelos assistentes sociais para compor o conselho: é, na conferência, o maior fórum de deliberação da política de saúde, que a eleição das entidades que compõem o conselho deve se realizar precedida de discussão sobre critérios de elegibilidade dessas entidades. A eleição das entidades na conferência foi um mecanismo respeitado por apenas 50% das instituições representadas por assistentes sociais nos conselhos de saúde;
- b) o mecanismo de escolha do assistente social conselheiro para participar do conselho: é, em geral, a eleição; entretanto, alguns assistentes sociais ainda são indicados;
- c) a relação estabelecida entre o assistente social conselheiro e a entidade e/ou instituição que representa: na qual percebeu-se que os assistentes sociais conselheiros repassam para as entidades que representam as deliberações das reuniões dos conselhos como também suas discussões. Entende-se que, com isso, as temáticas discutidas nos conselhos são socializadas, ao menos, com a diretoria da entidade.

Algumas formas de repasse das informações do conselho de saúde, viabilizadas pelos assistentes sociais, para as entidades/instituições que estes profissionais representam, foram identificadas pelas autoras:

reuniões ordinárias da entidade, na qual colocam como ponto de pauta a inserção no conselho de saúde; reuniões específicas sobre o tema junto à

diretoria da entidade; elaboração de relatórios específicos sobre a inserção nos conselhos; e elaboração de relatórios gerais de atividades, dentre as quais a participação no conselho de saúde. Cabe dizer que a forma mais utilizada é o repasse de informações por meio de reuniões ordinárias da entidade (BRAVO e SOUZA, 2002, p. 80).

Apesar de a maioria dos assistentes sociais conselheiros conseguirem estabelecer relações com as entidades que representam, Bravo e Souza (2002) identificaram que existem aqueles que não conseguem estabelecer qualquer relação com as entidades e, dessa forma, permanecem no espaço do conselho. Esse é um desafio a que as entidades da categoria, especialmente, os conselhos de Serviço Social e as universidades, precisam dedicar maior atenção, pois se esta relação é inexistente, qual é a sua legitimidade para participar do conselho na qualidade de representante, principalmente quando se trata de profissional de saúde? Seja qual for a sua representação, o processo de trabalho do assistente social deve estar comprometido com a ampliação dos espaços democráticos, com a socialização das informações e a defesa de interesses públicos.

Ao exercer a função de conselheiro, este a desempenha fazendo uso de seu saber específico, pois lida com objetos que têm afinidade com os da sua profissão, quais sejam: a questão social e as políticas sociais relacionadas a essa questão. “Desempenha o mandato utilizando-se de seus conhecimentos teórico-operativos pondo-os a serviço das causas e finalidades do conselho. A função de conselheiro, no caso do assistente social, contempla uma faceta do exercício profissional que é sua intrínseca dimensão política” (GOMES, 2000, p. 169).

Uma outra inserção profissional na área dos conselhos tem sido a de assessor. No entanto, a assessoria se constitui uma ação profissional que tem como objeto a participação social, e, portanto, será discutida no próximo item que trata das ações profissionais desenvolvidas nesses espaços.

3.2.2. As ações profissionais desenvolvidas pelos assistentes sociais nos conselhos

Nos espaços dos conselhos o assistente social tem como objeto de ação a participação social. Ele é o profissional que instrumentaliza e dinamiza o processo participativo de acordo com o potencial político dos sujeitos envolvidos nesse processo, viabilizando necessidades imediatas e, a médio e longo prazos, a possibilidade de construir um novo padrão de sociabilidade entre os sujeitos. Nessa direção, o profissional desenvolve ações de assessoria e mobilização.

A assessoria, assim como a mobilização, são ações que os assistentes sociais há muito tempo vêm desenvolvendo nos diferentes espaços públicos de participação no Brasil. Essas ações foram desenvolvidas nos momentos em que o profissional atuou com a proposta de desenvolvimento de comunidade e no processo de organização popular junto aos movimentos urbanos das décadas de 1970 e 1980. Hoje, o assistente social tem demonstrado que seu potencial para realização dessa ação está sendo resgatado e desenvolvido como resposta ao compromisso assumido no conjunto das propostas do projeto ético-político da profissão de apoio às organizações populares e trabalho de fortalecimento dos espaços públicos de participação.

De acordo com a Lei 8.662/93 (Art. 4º., inciso IX), que regulamenta a profissão, constitui competência do assistente social “prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade” (BRASIL, 1997, p. 39).

A assessoria, como proposta viabilizadora do projeto profissional, consiste em contribuir efetivamente na organização da população e sua instrumentalização/capacitação, para que ela se converta em agente de seu próprio desenvolvimento. A ação acontece no sentido de identificar e propor alternativas e possibilidades concretas de enfrentamento às

questões no cotidiano da luta por direitos. Visa também resgatar e trabalhar os limites da ação, produzir e/ou socializar informações e análises, tendo em vista o encaminhamento de soluções que viabilizem o atendimento de suas demandas, bem como o seu fortalecimento como classe organizada (SILVA et al, 2002).

A proximidade empírica e teórico-analítica de que o assistente social dispõe quanto às diversas faces da questão social permite que ele usufrua de um acervo privilegiado de dados sobre o movimento da realidade social a ser utilizado na sua ação em assessoria. Isso não quer dizer que a assessoria exima o profissional de realizar investigações sobre a questão trabalhada. Pelo contrário, muitas vezes vai exigir que ele complemente conhecimentos sobre a temática trabalhada (IAMAMOTO, 2001; VASCONCELOS, 1998).

Na assessoria, é necessário que interesses e objetivos recíprocos sejam explicitados a partir de uma avaliação das possibilidades e limites da ação. Essa é uma estratégia inicial que permite que o assessor mantenha um contato sistemático, contínuo e de longa duração com o espaço e os sujeitos com quem vai atuar. Além disso, é preciso que o profissional conheça esses sujeitos e explicita o complexo conjunto de dificuldades que permeiam suas solicitações e que reflita sobre a realidade do objeto de sua ação para que possa planejá-la e realizá-la, adequando-a às perspectivas da autonomia e participação (VASCONCELOS, 1998).

A assessoria nos conselhos pode ser efetivada de diferentes maneiras, ou seja, pode ser uma assessoria cotidiana ou mais pontual, presente nas reuniões ordinárias e extraordinárias do conselho, além dos fóruns de discussão. É viabilizada de acordo com a demanda e o tipo de assessoria proposta.

Nesse contexto, o assistente social intervém como agente que promove um processo de reflexão e análise sobre diferentes situações. Nessa proposta, estudos afirmam que o profissional trabalha com a organização da documentação dos conselhos; organização de plenárias; elaboração de cartilhas sobre controle social e política ao qual se vincula; realização

de oficinas; produção de boletim informativo do conselho; elaboração de planos com propostas de participação popular; realização de reuniões periódicas, que discutam previamente a pauta da reunião dos conselhos; realização de cursos de capacitação de conselheiros guiada a partir de eixos, como: os principais conceitos que envolvem a política que está sendo trabalhada (conceito de saúde e assistência social, por exemplo); participação e controle social; legislação e orçamento; o acompanhamento dos conselhos; dinâmica das reuniões; a realização do perfil do conselheiro; diagnóstico da realidade; e o incentivo à realização e participação no orçamento participativo (BRAVO e SOUZA, 2002; COUTO, 1999).

De acordo com Couto (1999) para realizar tais ações, é preciso que, de fato, o profissional conheça profundamente as legislações, bem como compreenda a dinâmica da realidade e os movimentos da sociedade para enfrentar os limites impostos como desafio profissional nesses espaços, não esquecendo que o foco do trabalho guia-se pela premissa de que é necessário democratizar os espaços coletivos e criar condições para a disputa entre os projetos de políticas públicas.

Para Bravo e Souza (2002) os profissionais que desenvolvem ações de assessoria junto aos conselhos estão, na maioria, vinculados à universidade por meio de seus projetos de pesquisa e extensão, tornando público, portanto, o conhecimento socialmente produzido e acumulado acerca do debate do controle social e da descentralização. Alguns assistentes sociais estão vinculados ao poder público e realizam essa mesma atividade, fazendo um acompanhamento das questões técnicas, políticas e administrativas do conselho. Em governos contrários à proposta conselhistas, qualquer assessoria vive muitos impasses na implementação de seu trabalho, inclusive, aquela vinculada à universidade.

No que se refere aos impasses colocados ao controle social exercido pelos conselhos paritários e que refletem na prática dos assistentes sociais, é importante destacar a não

execução por parte do poder público das deliberações dos conselhos. Alguns gestores não reconhecem nos conselhos um espaço para as deliberações da política e, por isso, acabam não priorizando esse fórum. Dessa forma, esses gestores contribuem para o aumento das dificuldades em relação às proposições feitas no sentido de potencializar o controle social (BRAVO, 2001).

A mobilização é a ação inicial de um processo participativo. Caracteriza-se por ser o primeiro passo de toda ação essencialmente política e coletiva, “é o alerta, o despertar para uma tomada de posição no contexto social, a etapa inicial do processo de engajamento político” (BIERRENBACH, 1982, p. 25).

A mobilização é o momento em que a população, através da consciência de seu poder de união, adquire forças para manter-se solidária entre si frente a determinada questão social. Entretanto, o conceito de mobilização contém implícitos vários elementos.

Para Krug (1984, p. 58), a mobilização popular ocorre “no sentido de apoio a determinadas reivindicações, construção de pressão para obtenção de concessões sócio-econômicas, ou mesmo a formação de partidos políticos, onde a massa se encontre com uma liderança geralmente carismática”.

De acordo com Martins (2002), a mobilização é um processo de grande relevância no trabalho com os movimentos sociais e se define como “sensibilização, desejo e motivação à uma participação qualificada”. Ao tornar os sujeitos conscientes, a mobilização possui fundamental importância no processo de construção e reconstrução sociopolítica.

Nunes (1980, *apud* COSTELLA, 1998, p. 69) se refere à mobilização popular como

movimentos de massa ante motivações concretas, servindo ao povo como meio para formar consciência de seu poder de união em seu processo de libertação. [...] Implica todo um processo de orientação até a participação na tomada de decisões a respeito das questões importantes da vida social, e simboliza uma intervenção ativa e consciente em relação ao poder.

Assim, é possível verificar que os conceitos de mobilização contêm implícitos outros conceitos, que revelam como sua utilização está relacionada principalmente às idéias de reivindicação, pressão, conquista, expressas com a movimentação e união da população no sentido de atentar, agir e participar sobre determinada questão (COSTELLA, 1998).

Dessa forma podemos afirmar que a mobilização é o processo de motivação e organização dos sujeitos em direção à participação revelado na sua movimentação e engajamento em torno de embates e ações de seu interesse a serem desenvolvidas.

Usando os termos de Heller, Müller (1997, p. 41) afirma que a mobilização de pessoas ou grupos em torno de um problema decorrente da insatisfação de necessidades – como falta de saneamento básico, moradia, saúde, educação ou violência, por exemplo – requer um processo de transformação do *carecimento como ausência no carecimento como projeto*. “Se alguém está insatisfeito com alguma situação e expressa isso a outras pessoas, suas palavras podem cair em campo fértil – quando outros também estão insatisfeitos – e o sentimento de que uma situação é injusta se amplia, bem como a pretensão de sua superação”.

Nessa direção, o assistente social nos conselhos faz o papel de agente mobilizador, participando com outros sujeitos em processos que contribuam para que a população apreenda a totalidade de suas condições objetivas de vida e se posicionem no enfrentamento de questões juntamente com a construção de novas relações na sociedade. Com base no conhecimento da realidade e no reconhecimento de necessidades a serem satisfeitas, ele trabalha com a população objetivando alcançar a transformação da realidade, estabelecendo espaços de diálogo, de encontro e de circulação de uma agenda social, criando e montando estratégias de aproximação entre diferentes organizações, em que seja possível constituir sujeitos coletivos capazes de efetivar uma participação qualificada. “É em meio a percepção da possibilidade de inovação, de novas conquistas, que se acirra o processo participatório dos sujeitos envolvidos (CARDOSO e MACIEL, 2000; MARTINS, 2002, p. 60).

É importante lembrar que o processo de mobilização possui características específicas de cada sociedade. A mobilização é componente do movimento social, da história, da cidade, da sociedade, variando em sentido e intensidade em cada período, natureza e segmento social.

Inserido nesse espaço com tantas particularidades, principalmente no que se refere à correlação de forças, à profissão e aos profissionais, está sendo exigida uma participação cada vez mais qualificada, tanto do ponto de vista teórico-técnico, como sobretudo ético-político, para atuar nos conselhos em seus vários níveis.

Há que se ter presente que a participação no exercício do controle social é um processo dinâmico, com avanço e retrocessos, e, sobretudo, é um espaço em que não se caminha sem luta. Para tanto, resgatamos as contribuições de Degennszajh (2000), que aponta a dupla direção que a ação do Serviço Social deve percorrer:

- a) impulsionar e ampliar o movimento que se organiza em torno da defesa das políticas sociais, propondo novas estratégias para o enfrentamento das demandas sociais conjunturais, a partir da inserção dos assistentes sociais no aparato institucional onde se desenvolve o trabalho profissional, já que são cada vez mais requisitados a desempenhar papéis de formulação e gestão de políticas e programas sociais;
- b) ao mesmo tempo, colaborar para sistematização das experiências e para o adensamento da produção teórica no âmbito das políticas sociais, articulados à análise das tendências macrossocietárias que iluminem estrategicamente os rumos a serem seguidos.

A construção coletiva de estratégias de ampliação e enfrentamento dos limites impostos hoje às políticas públicas é uma tarefa importante no processo de trabalho do assistente social. No âmbito dos conselhos, o assistente social é responsável pela criação de formas de um consenso – distinto do dominante que é pautado na coerção e na igualdade entre

as classes sociais – ao reforçar os interesses de segmentos majoritários da coletividade. Este contribui nesta direção ao socializar informações que subsidiem a formulação/gestão de políticas e o acesso a direitos sociais; ao viabilizar o uso de recursos legais em prol dos interesses da sociedade civil organizada; ao interferir na gestão e avaliação daquelas políticas, ampliando o acesso a informações a indivíduos sociais para que possam lutar pela alteração dos rumos da vida em sociedade e nesta interferir (IAMAMOTO, 2001).

4. A EXPERIÊNCIA DE INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE DO BAIRRO SACO GRANDE/FPOLIS

4.1. O Serviço Social na Unidade Básica de Saúde do bairro Saco Grande

Em 1997, a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e a Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, buscando atender as disposições da Lei Orgânica da Saúde que tratam da formação de recursos humanos para os serviços públicos de saúde, firmaram um convênio para instituir o Programa Docente Assistencial – PDA. Com este objetivo, no PDA estão articulados estagiários de cursos da UFSC do Centro de Ciências da Saúde, do Centro Sócio-Econômico e do Centro de Filosofia e Ciências Humanas que envolvem a formação de profissionais na área da saúde na intervenção em promoção da saúde na resolução de problemas do nível primário de atenção, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, tendo como modelo assistencial a Estratégia de Saúde da Família (ALVES, et al, 2003).

O PDA implantado na Unidade Básica de Saúde – UBS do Saco Grande é também campo de atuação de uma equipe do 1º. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/Modalidade Residência que envolve cursos dos Centros supracitados, Hospital Universitário e Secretaria Municipal de Saúde. Outra equipe de Residência em Saúde da Família atua na UBS do bairro Lagoa da Conceição.

O trabalho da Residência em Saúde da Família na UBS do Saco Grande teve início em junho de 2002 com uma equipe de dez profissionais: um assistente social, um nutricionista, um psicólogo, um odontólogo, um farmacêutico, dois médicos e três enfermeiras, que recebem supervisão de campo e supervisão pedagógica.

Com a concepção de que o trabalho dos residentes deve se pautar numa perspectiva multiprofissional, voltada à construção de saber interdisciplinar e prática intersetorial através de estratégias de intervenção de promoção da saúde, prevenção das enfermidades e acidentes

e atenção curativa, em nível individual, familiar e coletivo, suas atividades desenvolvem-se de forma compartilhada. No que concerne ao trabalho da Residência em Saúde da Família, as Atividades Gerais Articuladoras Compartilhadas dividem-se em: planejamento local de saúde; gerenciamento dos planos, programas e ações; desenvolvimento de processo educativo em saúde; atenção domiciliar em saúde; acolhimento⁹; momentos de integração¹⁰; visitas a pacientes hospitalizados (UFSC, 2002).

Além das atividades compartilhadas, os profissionais realizam Atividades Profissionais Específicas. As atividades específicas do Serviço Social são planejadas e executadas pela equipe (assistente social supervisora e estagiárias de Serviço Social), tendo como subsídios as discussões decorrentes dos estudos realizados a partir do projeto de pesquisa *Reconstruindo o processo: a construção de uma outra cartografia para a intervenção profissional dos assistentes sociais com famílias*, que tem por objetivo contribuir para a construção de um referencial técnico-operativo no âmbito da intervenção dos profissionais. E é nessa direção, na perspectiva da defesa de direitos, que o Serviço Social organiza seu trabalho com base em três Eixos de Intervenção propostos por Miotto (2002).

Um dos eixos é o de Processos de Planejamento e Gestão. Nesse eixo, o Serviço Social concentra seu trabalho em ações que envolvem o planejamento de suas ações e gestão de dados e informações. Com a construção de um banco de dados sistematizado das entidades que prestam assistência no município de Florianópolis e nos bairros circunvizinhos à UBS, busca-se identificar redes de programas e serviços, tanto públicos como privados, a fim de subsidiar as ações desenvolvidas nos demais eixos de intervenção.

⁹ O acolhimento é uma proposta de atendimento ao usuário nas unidades de saúde. Tem como princípios: atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional que se encarrega da escuta do usuário, se comprometendo a resolver seu problema de saúde; e qualificar a relação trabalhador-usuário em torno de parâmetros humanitários e cidadania (FRANCO, BUENO e MERHY, 1999).

¹⁰ Nos momentos de integração a equipe de residentes e os estagiários discutem e planejam as ações a serem desenvolvidas interdisciplinarmente junto às famílias.

Uma segunda ação que se desenvolve neste eixo é o estudo das Declarações dos Nascidos Vivos da comunidade. Este estudo tem o objetivo de avaliar o serviço de atenção ao pré-natal e levantar dados referentes à maternidade na adolescência para possível intervenção. Esse estudo tem como categorias de análise idade, escolaridade e estado civil da mãe e sexo, peso, malformação do bebê, além de número de consultas pré-natal e tipo de parto. O estudo das declarações objetiva também verificar a confiabilidade do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB.

O outro eixo é o de Intervenção em Processos Sócio-Assistenciais. Este eixo está orientado à atenção direta às famílias e segmentos sociais vulneráveis, cujo principal objetivo é articular recursos para que as famílias consigam alcançar respostas compatíveis com uma melhor qualidade de vida. Assim, nesse eixo de intervenção o Serviço Social desenvolve três ações: Ações Sócio-Educativas, Ações Sócio-Emergenciais, Ações Sócio-Terapêuticas e Intervenção com Redes (ALVES e LIMA, 2003).

As Ações Sócio-Educativas são aquelas que objetivam, pela informação, pelo diálogo e pela reflexão entre profissionais e usuários, fortalecer estes usuários no processo de mudança da realidade na qual se inserem, bem como na direção da ampliação dos direitos e na efetivação da cidadania. Permitem tornar transparente para os usuários a estrutura dos serviços de saúde, bem como o real significado das políticas sociais, especialmente a política de saúde, explicitando os meios e as condições de obter acesso a esta. Nessa perspectiva foram desenvolvidas ainda as atividades de Sala de Espera e Acolhimento (ALVES e LIMA, 2003).

As Ações Sócio-Emergenciais foram desenvolvidas no sentido de atender as demandas relacionadas às necessidades básicas dos usuários e aconteciam com o atendimento às famílias na UBS.

As Ações Sócio-Terapêuticas foram desenvolvidas diante de situações de sofrimento subjetivo individual e grupal, que implica necessariamente na família, expresso nas suas relações ou pelos seus membros, com a finalidade de transformar essa realidade. São voltadas às situações sintomáticas que se manifestam através dos membros das famílias (dependência química, alcoolismo, doenças mentais e físicas) e das relações destrutivas que estabelecem (violência, por exemplo), ou através de relacionamentos de seus membros com a sociedade (atos infracionais, por exemplo) (ALVES, 2003).

A Intervenção com Redes foi desenvolvida no sentido de abrir a possibilidade de acionar as redes primárias e secundárias dos usuários de maneira a ampliar a intervenção. É nesse sentido que são discutidos problemas como transporte de portadores de patologias crônicas, acesso a vagas nas creches, entre outros (ALVES e LIMA, 2003).

O terceiro eixo de Intervenção são os Processos Político-Organizativos. Neste eixo, as ações profissionais têm como principal objeto a participação social sob a lógica da pluralidade e da cidadania, que se volte ao fortalecimento da sociedade civil para a transformação da realidade social, ou seja, uma participação que se efetive sob o paradigma democrático-radical identificado por Gohn (2003). Nesse sentido, o Serviço Social desenvolve ações de assessoria e mobilização, que na intervenção junto à comunidade Saco Grande, acontecem especialmente no Conselho Local de Saúde – CLS do bairro, procurando promover a articulação das discussões e ações entre o Conselho, a comunidade e a Unidade Básica de Saúde, visando a universalização, a ampliação e a efetivação dos direitos, especialmente o direito à saúde. É a experiência do Serviço Social que discutiremos no próximo item.

4.2. O Serviço Social no Conselho Local de Saúde do Saco Grande: um processo de construção democrática

O Serviço Social é, no conjunto de diversas outras profissões comprometidas com a construção de um projeto societário justo e igualitário, um importante personagem que assume como demanda profissional a luta coletiva e tem como objeto a participação social dos sujeitos em torno de questões de seu interesse, suas condições de vida, considerando a forma como esses sujeitos atuam como força de pressão em relação ao poder público, aos serviços privados e seus próprios representantes.

Nesse contexto, o fortalecimento dos conselhos locais, a elaboração de planos com a participação dos sujeitos e a mobilização para a ação dos sujeitos junto a estes espaços, como identificamos com Bravo (2001), são importantes fatores na construção democrática, principalmente no que tange à consecução do projeto de Reforma Sanitária.

É nessa perspectiva que, no primeiro semestre do ano de 2003, identificada a necessidade de aproximação dos profissionais de Serviço Social¹¹ junto ao CLS, seu fortalecimento como instância de controle social, a assessoria quanto ao planejamento de suas ações e o fomento das discussões realizadas sobre a realidade sócio-sanitária do Saco Grande, bem como a mobilização da comunidade, foram ações privilegiadas pelo Serviço Social nesse espaço.

4.2.1. O Conselho Local de Saúde do bairro Saco Grande

O Conselho Local de Saúde do bairro Saco Grande foi implantado em 05 de dezembro de 2002, com base na Resolução n. 01, de 11 de maio de 2000, do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis (anexo a). De acordo com essa resolução, os conselhos locais de saúde de Florianópolis são definidos como

¹¹ Ver: DAL PRÁ, Keli Regina. **Relatório de atividades de estágio na Unidade Básica de Saúde do Saco Grande**. Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.

órgão consultivo do Sistema Único de Saúde (SUS) na área de abrangência da unidade local de saúde, relacionando-se diretamente à hierarquia do Conselho Municipal de Saúde, atuando com atenção especial aos níveis de planejamento local, avaliação da execução e controle sociais das ações de saúde ou correlacionadas à saúde, colaborando na definição de prioridades e estabelecimento de metas a serem cumpridas na área de abrangência da unidade de saúde (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, 2000).

O CLS do bairro Saco Grande, seguindo as orientações da mesma resolução, não possui composição paritária, pois esta determina que os usuários têm direito a 50% mais um dos membros em relação ao número das demais representações, que são os representantes dos trabalhadores de saúde e instituições com vínculo governamental, ou seja, privilegiou-se a participação dos usuários nesses espaços. O CLS possui atualmente a seguinte composição:

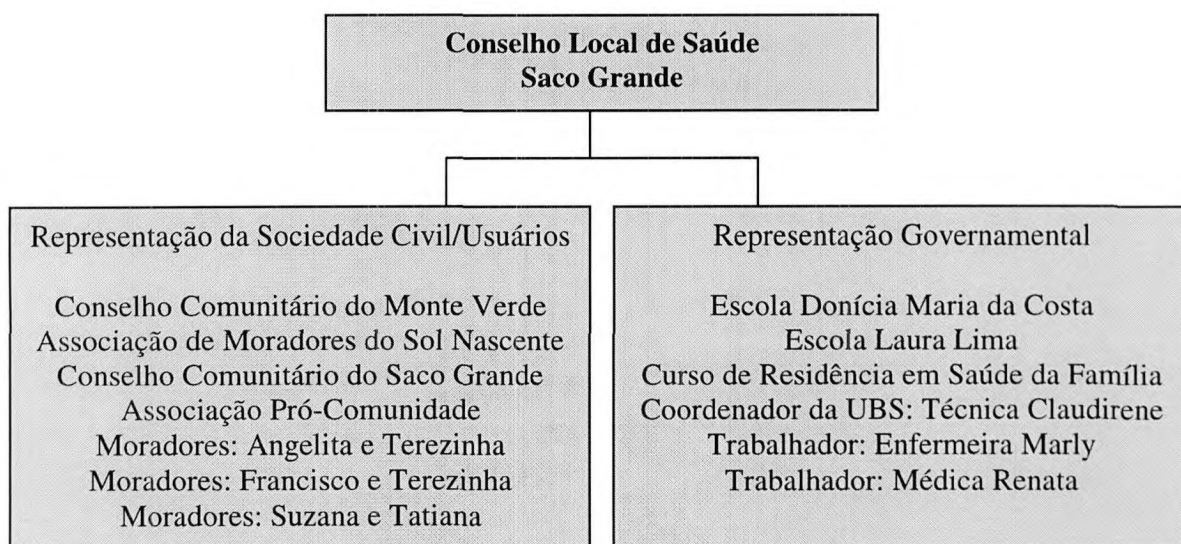


Figura 01: Composição do Conselho Local de Saúde do bairro Saco Grande

4.2.2. A dinâmica e a condução do processo político-participativo no espaço do Conselho Local de Saúde do Saco Grande

O Serviço Social participou da primeira reunião do CLS no dia 06 de fevereiro de 2003, com o objetivo inicial de observar a dinâmica do grupo e as relações estabelecidas entre os sujeitos e também para identificar as dificuldades e questões passíveis de intervenção profissional.

Logo no início da participação nas reuniões do CLS, foi possível constatar questões como a necessidade de ampliar a mobilização da comunidade e dos próprios conselheiros para participação nas reuniões. Surgiam também diversas reclamações quanto à nova forma de atendimento na unidade (o acolhimento), o que tomou grande parte do tempo da reunião, que geralmente dura uma hora e meia. As dúvidas quanto ao funcionamento do serviço de saúde foram recorrentes nas reuniões do Conselho, fatos que ocorriam em decorrência da grande rotatividade dos participantes nas reuniões, e também por conta do desconhecimento por parte dos conselheiros do funcionamento do serviço e da política de saúde. São problemas que limitam e dificultam a atuação dos conselheiros na proposta do controle social.

Na primeira reunião em que o Serviço Social participou, também foi discutida a necessidade de se construir e debater o regimento interno do CLS visando fortalecer seu caráter jurídico-formal. Além disso, com o decorrer do tempo, pôde-se perceber que com a proposta do regimento buscava-se também estabelecer obrigações aos conselheiros para que aqueles que “vieram apenas se eleger”, como considerou uma moradora, estivessem participando nas reuniões e se comprometendo com as ações a serem desenvolvidas. Era através do cumprimento de um *contrato* estabelecido entre os conselheiros que se pensava em estabelecer um processo constante de mobilização.

Nesse ponto, é preciso esclarecer que em espaços como os conselhos são necessárias ações que considerem os sujeitos como agentes de seu próprio processo de superação das dificuldades, como sujeitos autônomos, capazes, detentores de aspirações e de saberes que os levem a interagir com o meio social a fim de alcançar os objetivos que constroem e adquirir

novos valores. Para isso, é preciso que exista uma aproximação real entre o saber do profissional e o saber da população, evitando a idéia de que o saber popular copia o dos profissionais porque se julga o da população insuficiente, quando na verdade são apenas saberes que se diferenciam (VALLA, 1998).

Na segunda reunião, foi decidido que uma comissão construiria uma proposta de regimento interno para que fosse apresentada à comunidade e que, na reunião seguinte, seria criado um espaço de discussão e possível aprovação. Novamente, o que pesou foi como envolver todos esses sujeitos para participarem desse processo. O Serviço Social nesse momento se propôs a assessorar a comissão formada por um representante dos usuários dos serviços (Hudson, do Conselho Comunitário do Saco Grande) e um representante da esfera governamental (médica Renata) na construção da proposta de regimento. O Serviço Social se propôs também a atuar como agente mobilizador, juntamente com outros conselheiros, visando garantir a participação dos sujeitos da comunidade no processo de efetivação do regimento do CLS.

Após a reunião para construção da proposta de regimento (anexo b), a equipe de Serviço Social discutiu e fez propostas ao regimento e se envolveu no processo de mobilização das organizações da comunidade e governamentais que possuem representantes no CLS, e também daquelas que não têm ligação formal com o espaço. Para tanto, foi realizado um levantamento das organizações da comunidade a serem visitadas.

Como recurso de comunicação no processo de mobilização, foram produzidas cartas (anexo c) a serem entregues nas organizações, juntamente com a proposta de regimento para que, a partir dela, pudesse ser criado o interesse para com os assuntos do Conselho. As cartas foram entregues em visitas realizadas pela equipe de Serviço Social, que objetivaram também fortalecer o convite, conscientizando os sujeitos sobre a necessidade de sua mobilização com a questão e a importância da participação na construção de um Conselho forte que lutasse a

favor da saúde na comunidade. Foram visitadas dez organizações da comunidade. A participação foi trabalhada nesse processo como uma necessidade do sujeito. Trabalhar participação nesse sentido exige considerá-la como paixão e afeto que levam os homens a se comporem com outros homens (SAWAIA, 2001).

A reunião mensal do CLS, que aconteceu no dia 03 de abril, contou com a participação de dezessete pessoas, incluindo o Sr. Tamasi, representando a Comissão de Acompanhamento dos Conselhos Locais de Saúde do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis.

Foi feita a leitura da proposta de regimento, e os participantes discutiram alguns pontos; no entanto, as alterações não se aprofundaram. O Sr. Tamasi falou da proposta do Conselho Municipal de convocar todos os conselhos locais de saúde de Florianópolis para discutir e estabelecer um regimento interno único. Entretanto, os participantes se colocaram a favor do estabelecimento do regimento interno do CLS do Saco Grande, identificada sua importância na dinâmica e no trabalho desenvolvido até aquele momento. Dessa forma, foi então aprovado o Regimento Interno do Conselho Local de Saúde do bairro Saco Grande (anexo d).

Depois de um processo bem-sucedido de mobilização, pôde-se empiricamente verificar que este exige sistematicidade e continuidade. Isso porque na reunião seguinte não houve quórum para a realização da reunião; apenas três pessoas haviam comparecido. A reunião foi remarcada para a semana seguinte, e o Serviço Social também atuou no processo de mobilização. Foram produzidos materiais de divulgação utilizados também nas reuniões seguintes (anexo e).

Na reunião mensal que, então, aconteceu dia 15 de maio, pôde-se perceber que o processo de mobilização, mesmo não se utilizando os mesmos recursos, teve repercussão como o processo anterior. Nessa reunião, discutiu-se a atuação do Fórum de Controle de Zoonoses na comunidade e houve uma apresentação das atribuições dos Agentes

Comunitários de Saúde. A participação foi expressiva principalmente porque algumas Agentes Comunitárias de Saúde compareceram. Foram, no total, 24 participantes.

A reunião do mês seguinte, contando com os mesmos recursos de mobilização da reunião passada, trouxe como ponto principal de pauta a eleição de um novo coordenador para a UBS do Saco Grande. Todos se colocaram a favor do CLS fazer parte desse processo, já que o coordenador possui um papel significativo na condução do serviço de saúde prestado à comunidade. Esta sempre demonstrou preocupação com a coordenação, pois muitas das respostas às reivindicações feitas, principalmente quanto ao serviço de saúde, passam pelo profissional que ocupa este cargo. Além disso, pelo regimento interno do CLS o coordenador da unidade é um dos conselheiros cuja participação é de grande importância.

Foi decidido marcar uma reunião com todos os trabalhadores da UBS para que os trabalhadores, que são aqueles que podem se candidatar, elessem três nomes a serem encaminhados à Secretaria Municipal de Saúde para a possível nomeação, e que a comunidade pudesse discutir propostas e participar das discussões referentes a esse processo. A reunião aconteceu no dia 12 de junho e teve ampla divulgação entre os funcionários, porém, poucos estiveram presentes. Os trabalhadores que compareceram à reunião trouxeram um abaixo-assinado, assinado por grande parte dos trabalhadores da UBS, se posicionando contra o envolvimento do CLS no processo: “nosso pensamento é de que não cabe ao Conselho Local de Saúde indicar nomes para assumir o devido cargo”, afirmava o documento. O que se pode verificar é que a proposta do CLS foi desvirtuada e, de fato, a maioria dos trabalhadores reagiu negativamente à idéia de tornar público o processo de escolha do coordenador da UBS. O que se percebe é uma grande dificuldade causada por um obstáculo sociocultural baseado na força do autoritarismo e hierarquia que atinge as diferentes classes que, freqüentemente, têm dificuldades em incorporar propostas coletivas. Além disso, de acordo com Valla (1998), esse tipo de dificuldade que envolve trabalhadores (tanto profissionais, como técnicos ou

políticos) relaciona-se com a dificuldade em aceitar que pessoas humildes, pobres, moradores da periferia sejam capazes de se organizar e sistematizar pensamentos para interferir em questões de seu interesse. No esforço de que se efetive o projeto de Reforma Sanitária não devem estar envolvidos somente os cidadãos e as organizações, mas também os profissionais.

Tem grande peso nessa posição assumida por parte dos profissionais da UBS do Saco Grande em relação ao CLS da comunidade, o fato de o Conselho estar se estabelecendo como órgão de fiscalização da execução da política, especialmente da execução dos serviços por parte dos profissionais.

Na reunião do mês de julho, ainda repercutiu a questão do novo coordenador da UBS, decisão que ficara a cargo da Secretaria Municipal de Saúde. A discussão, conduzida pelo Serviço Social, aconteceu principalmente em torno da incompreensão por parte dos trabalhadores quanto à proposta do CLS de tornar pública a questão. Nessa reunião, foram debatidas entre os participantes as dificuldades e a efetividade das ações do CLS. Foram muitas as reclamações quanto à proposta de trabalho, às dificuldades nos encaminhamentos e à pouca visibilidade do CLS junto à comunidade.

O Serviço Social já entendia como dificuldades nos trabalhos a redução da agenda política do Conselho aos serviços prestados na UBS; concepção de saúde pautada em preceitos biomédicos; desmobilização dos conselheiros; descrédito dos conselheiros em decorrência da pouca efetividade das ações do Conselho Local de Saúde e o desinteresse e desconhecimento dos funcionários da UBS do Saco Grande quanto ao papel do Conselho Local de Saúde. Diante do exposto nessa reunião, o Serviço Social se propôs a assessorar o CLS desenvolvendo uma Oficina de Planejamento, com o objetivo de realizar um levantamento de questões a serem priorizadas pelo CLS como subsídio à ação planejada. A Oficina foi agendada para o dia 16 de agosto na perspectiva de envolver toda a comunidade na construção desse planejamento do Conselho.

A equipe de Serviço Social desenvolveu um projeto (anexo f) para a realização da oficina e, na reunião do mês de agosto, que aconteceu no dia 7, o apresentou aos participantes. Houve sugestões quanto ao horário e quanto às organizações a serem chamadas a participar.

Nessa reunião, aconteceu ainda uma discussão quanto à falta de muitos conselheiros e que novamente chamou a atenção quanto ao processo de mobilização dos conselheiros e da comunidade. O assistente social deve respeito ao estágio de consciência da população, mas por outro lado, espera-se também que o profissional contribua para o avanço da percepção objetiva da população no sentido de ajudá-la a desvendar a realidade. Nesse sentido foi proposto pelo Serviço Social que se discutissem na reunião ordinária do CLS estratégias e recursos que efetivassem um processo de mobilização contínuo e sistemático dos conselheiros que fosse ampliado a toda comunidade, e também que envolvesse e fosse de responsabilidade de todos os sujeitos que até então estavam engajados nas ações do Conselho.

No dia 16 de agosto, aconteceu na Escola Donícia Maria da Costa a Oficina de Planejamento do CLS do Saco Grande. Para a realização da Oficina, o Serviço Social foi o protagonista no processo de mobilização, seguindo para cada público-alvo uma estratégia e utilização de recursos diferentes, como cartazes, ofícios, entre outros. Participaram da oficina: representantes das organizações comunitárias, profissionais do Centro de Saúde – incluindo supervisora e estagiárias do Curso de Serviço Social da UFSC, membros do CLS do bairro Saco Grande e moradores do bairro. A assistente social coordenou os trabalhos, que aconteceram na perspectiva de que o profissional não pode ir aos grupos com resultados, mas, sim, como articulador. Então, a partir do conhecimento e das informações que os participantes têm sobre a realidade do bairro e na lógica da saúde como determinação social, foi ordenada uma lista de prioridades dos problemas a serem debatidos e sobre os quais deveriam se voltar as ações (FURLANETTO e AGUSTINI, 2003).

Ficou então ordenada a seguinte lista de prioridades:

- 1) Drogas e alcoolismo – adolescentes e adultos;
- 2) Dificuldades de integração e mobilização da comunidade;
- 3) Educação deficiente – formal e informal/falta de creches;
- 4) Falta de recursos humanos em saúde – PSF deficiente;
- 5) Falta de redes de esgoto e calçadas, água não tratada;
- 6) Desemprego, pobreza, fome, exclusão social, prostituição;
- 7) Animais nas ruas;
- 8) Dificuldades de acesso a medicamentos controlados, reabilitação, hemodiálise, exames e consultas especiais;
- 9) Falta de serviços de saúde mental;
- 10) Desnutrição e subnutrição infantil;
- 11) Deficiência no planejamento familiar;
- 12) Violência/violência doméstica.

A assistente social coordenou os encaminhamentos, sugerindo a produção de um informativo sobre a Oficina com o objetivo de dar visibilidade ao trabalho do CLS e exemplo de sua mobilização, e também para divulgar os principais problemas existentes na comunidade, além de mobilizar membros do CLS que não estiveram na oficina. Foi realizado ainda um relatório contendo as principais informações da oficina (anexo g). Ficou definido também que a continuidade do processo de planejamento das ações do CLS seria discutida na reunião ordinária do CLS (FURLANETTO e AGUSTINI, 2003).

Na reunião do mês de setembro, foram pontos de discussão a participação do CLS nas Pré-Conferências Municipais de Saúde, a elaboração do primeiro informativo do Conselho (anexo h), além da abordagem sobre a mobilização comunitária, que também foi um dos destaques trazidos pelos participantes na Oficina de Planejamento. O Serviço Social, como presença reflexiva e complementar, trouxe a discussão sobre a necessidade de se estabelecer

estratégias contínuas de mobilização para que a participação pudesse se efetivar no espaço do Conselho.

Os participantes do CLS resolveram, como estratégia de mobilização, promover um jantar. A intenção era criar um espaço de interlocução com os conselheiros que pouco freqüentavam as reuniões e apresentar as prioridades levantadas na Oficina de Planejamento. A escolha pelo jantar pode ser entendida como a estratégia encontrada pelos participantes de acordo com seu conhecimento sobre a comunidade. Porém, a reunião seguinte mostrou que esta estratégia também não deu conta de responder às dificuldades quanto à mobilização da comunidade e à participação no Conselho, já que seus objetivos, como destacamos anteriormente, sequer chegaram a ser apresentados no espaço da reunião, que debateu outras questões, o que também sinaliza para dificuldades relativas à condução das reuniões. A escolha por essa estratégia pode ser analisada de diferentes formas. Nosso entendimento quanto à escolha dessa estratégia é que partir do pressuposto de que não é o interesse pelas questões coletivas que leva os sujeitos à participação, mas interesses particularistas, pode acarretar no estímulo a uma participação acrítica e despolitizada, ou mesmo, não garantir a participação, como, de fato, aconteceu no espaço da reunião do CLS no mês de outubro.

4.2.3. Categorias de análise nos processos participativos

Diante do exposto sobre a dinâmica do CLS do Saco Grande, podemos afirmar que a atuação do assistente social nesses espaços abriga experiências democráticas que propiciam o aprendizado de uma socialização voltada à dimensão coletiva. Há também que se perceber o outro como ser histórico. O profissional nas ações de assessoria e mobilização deve se colocar *a serviço* e não como direção, o que significa, também, ouvir e aprender: um processo dialético. Além de se colocar a serviço, o profissional está a serviço do projeto político das

classes subalternas, o que também define o papel do profissional imbuído de uma dimensão extremamente política (LIMA et al, 1982; IAMAMOTO, 2002).

A partir da vivência nesse espaço de tempo no CLS, especialmente vinculada a pontos que pareceram cruciais a esse processo como a necessidade de um processo constante de mobilização, o posicionamento dos trabalhadores em relação ao envolvimento dos conselheiros no processo de substituição do coordenador da UBS, as dificuldades dos conselheiros e as soluções baseadas no senso comum, levam a pensar sobre a importância de três categorias cruciais ao se considerar o processo participativo em espaços públicos: a cultura política da nossa sociedade, a política cultural das organizações e movimentos sociais e a subjetividade inerente a prática participativa.

Cada sociedade é marcada por uma cultura política dominante, e esta interfere diretamente nas relações que se estabelecem entre Estado e sociedade civil. Além disso, é uma importante categoria que se reflete na prática profissional que acontece nos conselhos.

De acordo com Alvarez, Dagnino e Escobar (2000, p. 25, grifo dos autores) cultura política pode ser definida como “a construção social particular em cada sociedade do que conta como *político*”, sendo a cultura política ocidental caracterizada como racionalista, universalista e individualista. Na América Latina, de acordo com os autores, esses princípios destinaram-se a garantir a exclusão social e política, visando mesmo controlar a “definição do que conta como político em sociedades extremamente hierarquizadas e injustas”. A principal consequência desse processo está na visão que os grupos subalternos, excluídos, passaram a ter da política. Esta se tornou *negócio privado* das elites, resultando numa imensa distância entre sociedade civil e política.

Dessa forma, historicamente, as culturas políticas dominantes da América Latina estiveram comprometidas, em diferentes formas e graus, com o autoritarismo social. Para Dagnino (1994, apud ALVAREZ, DAGNINO e ESCOBAR, 2000, p. 32) “o autoritarismo

social engendra formas de sociabilidade numa cultura autoritária de exclusão que subjaz ao conjunto das práticas sociais e reproduz a desigualdade nas relações sociais em todos os seus níveis”.

Outra importante categoria a ser analisada quanto à prática nos conselhos se refere às políticas culturais praticadas pelos movimentos e organizações sociais, que possuem uma significativa relação com a cultura política dominante da sociedade.

A política cultural é o “processo pelo qual o cultural se torna fato político” ou seja, “quando conjuntos de atores sociais moldados por e encarnando diferentes significados e práticas culturais entram em conflitos uns com os outros” (ALVAREZ, DAGNINO e ESCOBAR, 2000, p. 17-24).

A política cultural que é praticada pelos movimentos e organizações assim se configura porque estes apresentam “concepções alternativas de mulher, natureza, raça, economia, democracia ou cidadania, que desestabilizam os significados culturais dominantes”. É dessa forma que é possível que estes espaços acionem uma política cultural (ALVAREZ, DAGNINO e ESCOBAR, 2000, p. 25).

A política cultural dos movimentos e organizações é posta em ação quando intervêm em debates políticos, desenvolvem suas lutas contra os projetos dominantes de construção de nação, quando diferentes atores populares mobilizam-se coletivamente com base em conjuntos diferentes de significados e objetivos, quando tentam dar novo significado às interpretações culturais dominantes da política ou desafiam as práticas políticas estabelecidas. Evidentemente, os espaços públicos de direita e os chamados neo-conservadores põem também em prática suas políticas culturais orientadas por paradigmas diferentes dos citados anteriormente (ALVAREZ, DAGNINO e ESCOBAR, 2000).

Se considerarmos que as políticas culturais tentam desafiar e desestabilizar as culturas políticas dominantes, é possível dizer que o que está em jogo é a modificação do poder social,

é a promoção de culturas políticas alternativas que se voltam à ampliação e aprofundamento da democracia em toda América Latina (ALVAREZ, DAGNINO e ESCOBAR, 2000).

Outra categoria que não se pode desconsiderar na prática que envolve a participação é a subjetividade. A participação e sua ligação com a subjetividade têm como pressuposto o objetivo de ir na contracorrente do *Zeitegeist* (espírito da época). Isso porque hoje se assiste a uma valorização da subjetividade, “a uma dilatação do eu e da retórica do *auto*, concomitantemente a uma desconfiança do público”. Recorre-se aos processos *psis*, não com a proposta de emancipação dos homens, mas de gerenciamento instrumental de suas emoções. É preciso ir na contracorrente para garantir que as necessidades humanas sejam priorizadas, em lugar das econômicas e políticas, nas análises e na prática participativa (SAWAIA, 2003, 2001).

Sawaia (2001, p. 123) afirma que, nos planejamentos da participação social, o sujeito como configuração psicológica individualizada não pode ser negado. Isso porque o sujeito é uma força psicológica que é “afetado por outros corpos, é o sujeito do afeto e da paixão¹², que sente e interpreta o mundo nas diferentes formas de participação”. De acordo com a autora o ato de participação desse sujeito é determinado pelos modelos dominantes de participação social, mas é preciso considerar que este é organizado “num contexto de subjetividade como experiência existencial, impregnada de emotividade”.

Trabalhar afeto não é exigir alegria ininterrupta.

¹² A afetividade e paixão são conceitos ligados a idéia de ser afetado por outros corpos e de poder afetá-los. A paixão é a capacidade de ser afetado pelo outro, e a compaixão, de ser afetado pela paixão do outro. O afeto/emoção é o que aumenta ou diminui essa capacidade de afetar e ser afetado, é o que obriga o pensamento e a ação a irem numa determinada direção. Afeto “é um fenômeno privado, mas cuja gênese e consequência são sociais, constituindo-se em ponto de tramitação do social e do psicológico, da mente e do corpo e, principalmente, da razão e da emoção”. Além disso, os afetos são considerados espaços de vivência ética, pois qualificam as ações e as relações humanas. “Impulsionados pelos afetos é que decidimos se algo é bom ou não e que determinada ação deve ser evitada” (SAWAIA, 2001, 2003, p. 47).

O sentimento é mau quando impede a pessoa de pensar, de afetar e ser afetado por outros corpos, mesmo quando seja um afeto alegre [...]. A alegria e o sofrimento são bons quando corrigem o intelecto e não obscurecem a crítica social aos adestramentos, bem como às limitações impostas pela situação de exclusão (SAWAIA, 2003, p. 47).

As estratégias participativas trabalhadas nessa perspectiva devem prever várias temporalidades, alimentar bons encontros, com profundidade emocional, contemplando os afetos no processo, especialmente o sofrimento ético-político¹³, que é o sofrimento que a sociedade impõe a alguns de seus membros, da ordem da injustiça, do preconceito e da falta de dignidade (SAWAIA, 2001, 2003).

Participação exige desejo do comum, o que equivale ligar-se ao outro sem seu despotismo, “é ser um nós sem perder o sentimento de ser único e, assim, poder dispor de si e do outro para a ação coletiva” (SAWAIA, 2003, p. 47).

A subjetividade, cultura política e a política cultural são categorias norteadoras das ações de assessoria e mobilização desenvolvidas nos diferentes espaços pelo assistente social. Nesse processo, o profissional, sobretudo, é interpelado a se comprometer com as necessidades e anseios populares, de resgatar a cultura do povo, o seu saber, através da troca de experiências com profissionais, na elaboração de instrumentos que levem à consecução dos objetivos dos grupos. É um profissional importante na medida em que, tecnicamente, coloca-se a serviço *profissional* de um projeto que requer, essencialmente, a construção democrática.

¹³ Sobre sofrimento ético-político ver: SAWAIA, Bader Burihan. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: SAWAIA, Bader Burihan (Org.). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. Petrópolis: Vozes, 2001.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação é, hoje, um dos principais objetos de intervenção do assistente social e se estabelece no contexto do projeto ético-político profissional a serviço dos interesses das classes subalternas. Cabe ao profissional estabelecer, com a mobilização e a assessoria, estratégias e políticas capazes de *des-cobrir* o que a população tem de criação, de crítica e negação da ordem, que através da explicitação social, política e cultural de suas necessidades e interesses apontam para a construção do novo e a transformação da realidade.

A participação atualiza-se no conjunto das manifestações associativas, nos movimentos sociais, nos fóruns temáticos da sociedade civil organizada e, como destacamos, nos conselhos, entre tantos outros espaços. E é nesses diferentes espaços que a participação expressa a luta pela conquista dos direitos e, sobretudo, a luta pela ampliação da cidadania.

Nessa direção, a intervenção do assistente social está voltada a uma prática política que assume a população como personagem central do processo de transformação da realidade. Deve privilegiar um fazer que dê conta de estratégias que caminhem no sentido da mudança dentro do que efetivamente a população está conquistando ou procura conquistar. A prática realizada nos espaços públicos de participação é eminentemente política e deve estar associada à idéia da *política dos cidadãos*. Tal como define Nogueira (2001, p. 88), a política dos cidadãos está “concentrada na busca de bem comum, no aproveitamento civilizado do conflito e da diferença, na valorização do diálogo, do consenso e da comunicação, na defesa da crítica e da participação, da transparência e da integridade, numa operação que se volta para uma aposta na inesgotável capacidade criativa dos homens”.

É em espaços como os conselhos de saúde que o profissional do Serviço Social realiza de modo visível sua dimensão política, posto serem estes, por excelência, *loci* de fazer política. Os conselhos são considerados, hoje, no contexto da prática profissional, um espaço

privilegiado na efetivação das orientações do projeto ético-político profissional, tendo em vista duas de suas características: primeiro, porque é um espaço em que especialmente se lida com a efetivação e ampliação de direitos através das políticas sociais públicas; segundo, porque permite ao profissional exercer e consolidar seus preceitos ético-políticos num espaço em que as demandas e as respostas são coletivas e onde as questões alcançam uma dimensão ampliada e a contribuição social da profissão com as essências desse projeto ganham mais nitidez, corporalidade e visibilidade.

↙ Cabe destacar ainda que não está nas mãos apenas dos conselhos a possibilidade de democratização das políticas, especialmente a política de saúde. Este é um espaço que a sociedade civil organizada conseguiu conquistar, que precisa ser qualificado e combinado com outras formas de organização. A democratização das políticas é resultado da real democratização da sociedade, na redefinição das práticas societárias.

As possibilidades da transformação estão na construção e execução de novos projetos e perspectivas que resgatem e acionem o componente emancipatório inerente à efetivação da transformação da realidade. Desencadear um processo participativo através do desenvolvimento do potencial organizativo e político da população em torno da conquista e garantia de direitos a partir de um projeto coletivo que consolide uma existência plena e cidadã caminha nessa direção.

Na medida em que hoje se ampliam os espaços que privilegiam a participação, é preciso pensar de forma mais detida sobre a questão técnico-operativa da profissão, principalmente sobre a assessoria e a mobilização, que são ações desenvolvidas no cotidiano de muitos profissionais.

Neste trabalho, procuramos organizar algumas contribuições referentes à prática profissional, que, certamente, não encerram o debate sobre as ações nos conselhos. Há necessidade de se avançar em direção à prática profissional qualificada, necessidade que está

ligada à apresentação de contribuições teóricas sobre as respostas profissionais fornecidas diante dessas demandas vislumbrando também a capacitação dos profissionais, principalmente diante de um cenário em que concorrem projetos tão distintos de sociedade.

O cenário é de desafios, principalmente quando é preciso criar coletivamente estratégias de mobilização e propostas de assessoria quando se fortalece um projeto de sociedade pautado no individualismo, na competição e na desresponsabilização do Estado em relação às questões de interesse coletivo. Além disso, como mobilizar quando é grande a descrença nas propostas coletivas e quando os sujeitos atuantes e preocupados com a transformação da realidade estão envolvidos em diversos espaços de participação e, portanto, sobrecarregados? Esta última questão nos remete ao fato de que diferentes espaços, muitos numa mesma comunidade, realizam as mesmas discussões. Além disso, como pensar e estabelecer uma democracia direta sem compreender melhor a cultura política dominante e suas conseqüências nas formas de sociabilidade entre os sujeitos sociais, e como trabalhar a subjetividade enquanto possibilidade de *afetá-los* em relação à participação? São fatores que interferem e que se põem como desafios à prática participativa e à ação profissional.

A prática profissional dos assistentes sociais guarda estas e outras exigências para que, num futuro, representem de maneira significativa a contribuição da profissão em torno da conquista da saúde pública e, sobretudo, da democracia radicalizada em que a participação, tendo como principal ator o cidadão, se traduza como estratégia potencializadora de garantia e conquistas de direitos sociais e humanos e felicidade pública.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Marina Maciel; CARDOSO, Franci Gomes; RIBEIRO, Maria A. A. Fernandes. Movimentos populares: algumas questões emergentes na constituição de sujeitos coletivos. **Serviço Social e sociedade**, São Paulo, n. 39, p. 31-61, ago. 1992.
- ALVAREZ, Sônia E.; DAGNINO, Evelina; ESCOBAR, Arturo. O cultural e o político nos movimentos sociais latino-americanos. In: ALVAREZ, Sonia E.; DAGNINO, Evelina; ESCOBAR, Arturo (Orgs.). **Cultura e política nos movimentos sociais latino-americanos**: novas leituras. Belo Horizonte: UFMG, 2000, p. 15-57.
- ALVES, Francielle Lopes. Ações sócio-terapêuticas e serviço social. **Relatório parcial de pesquisa**. Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.
- ALVES, Francielle Lopes, et al. Estágio curricular Unidade Básica de Saúde do Saco Grande em Florianópolis/SC: uma experiência de integração de ensino, pesquisa e extensão. In: SEMINÁRIO LATINO-AMERICANO DE SERVIÇO SOCIAL, 2003, Porto Alegre. **Anais**. Porto Alegre: ABEPSS, 2003.
- ALVES, Francielle Lopes; LIMA, Telma C. Sasso. **Relatório de atividades de estágio na Unidade Básica de Saúde do Saco Grande**. Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.
- AMMANN, Safira Bezerra. **Participação social**. 2. ed. São Paulo: Cortez & Moraes, 1980.
- _____. **A ideologia de desenvolvimento de comunidade**. São Paulo: Cortez, 1981.
- AVRITZER, Leonardo. Modelos de deliberação democrática: uma análise do orçamento participativo no Brasil. In: SANTOS, Boaventura de Sousa (Org.). **Democratizar a democracia**: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002, p. 561-697.
- BAPTISTA, Myrian Veras. A participação como valor e como estratégia de ação do serviço social. **Serviço Social e sociedade**, São Paulo, n. 25, p. 83-109, dez. 1987.
- BASURTO, Carlos Arteaga; SORIANO, Leticia Cano; CASILLAS, María A. Rodríguez. ¿La participación ciudadana: una ausencia? **Serviço Social e sociedade**, São Paulo, n. 65, p. 78-94, mar. 2001.

BIERRENBACH, Maria I. R. Sousa. **Política e planejamento social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1982.

BORDENAVE, Juan. E. Díaz. **O que é participação?** São Paulo: Brasiliense, 1983.

BRASIL. Lei n. 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. **Lei 8.662 de regulamentação da profissão**. 3. ed. Brasília: CFESS, 1997.

_____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, e dá outras providências. **Gestão municipal de saúde: leis, normas e portarias atuais**. Rio de Janeiro, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **A prática do controle social: conselhos de saúde e financiamento do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 60 p. (Série histórica do CNS; n. 1).

BRAVO, Maria I. Souza. Participação social e controle social. In: BRAVO, Maria I. Souza; MATOS, Maurílio C.; ARAÚJO, Patrícia S. Xavier. **Capacitação para conselheiros de saúde: textos de apoio**. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001. p. 77-84.

BRAVO, Maria I. Souza; SOUZA, Rodriane de Oliveira. Conselhos de saúde e serviço social: luta política e trabalho profissional. **Ser social**, Brasília, n. 10, p. 57-92, jan./jun. 2002.

BREDEMEIER, Sonia M. Lenhard. Conselho do idoso como espaço público, **Serviço Social e sociedade**, São Paulo, n. 75, p. 84-102, set. 2003.

CAMPOS, Edval Bernardino; MACIEL, Carlos A. Batista. Conselhos paritários: o enigma da participação e da construção democrática. **Serviço Social e sociedade**, São Paulo, n. 55, p.143-155, nov. 1997.

CARDOSO, Franci Gomes, et al. Questão social: fenômeno vinculado à histórica luta de classes e determinante básico do Serviço Social como profissão. **Ser social**, Brasília, n. 6, p. 79-94, jan./jun. 2000.

CARDOSO, Franci Gomes; MACIEL, Marina. Mobilização social e práticas educativas. In: **Capacitação em Serviço Social e política social**. Mód. 4: O trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília: UnB/CEAD, 2000, p. 141-149.

CHAUI, Marilena de Sousa. **Cultura e democracia**: o discurso competente e outras falas. 7. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

CONIL, Eleonor M.; BRAVO, Maria I. Souza; COELHO, Franklin Dias. Políticas públicas e estratégias urbanas: o potencial político dos conselhos de saúde na construção de uma esfera pública democrática. **Serviço Social e sociedade**, São Paulo, n. 49, p. 98-116, nov. 1995.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. **Resolução n. 01, de 11 de maio de 2000**. Dispõe sobre o funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde no âmbito do município de Florianópolis. Mimeografado.

COSTELLA, Margari de Lurdes. **A mobilização no planejamento estratégico participativo municipal**. 1998. 152 f.. Dissertação (Mestrado em Políticas e Planejamento Governamental) – Departamento de Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

COUTO, Berenice Rojas. O processo de trabalho do assistente social na esfera municipal In: **Capacitação em Serviço Social e política social**. Mód. 2: Reprodução social, trabalho e Serviço Social. Brasília: UnB/CEAD, 1999, p. 204-213.

DAGNINO, Evelina. Sociedade civil e espaços públicos no Brasil. In: DAGNINO, Evelina (Org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002, p. 9-15.

DEGENSZAJH, Raquel Raichelis. Organização e gestão das políticas sociais no Brasil: desafios da gestão democrática das políticas sociais. In: **Capacitação em Serviço Social e política social**. Mód. 3: Política social. Brasília: UnB/CEAD, 2000, p. 58-70.

DEMO, Pedro. **Participação é conquista**: noções de política social participativa. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

FRANCO, Maria S. Carvalho. O tempo das ilusões. In: CHAUI, Marilena; FRANCO, Maria S. Carvalho (Orgs.). **Ideologia e mobilização popular**. Rio de Janeiro: Paz e Terra/CEDEC, 1978, p. 151-209.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson. Elias. Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 02, p. 345-353, 1999.

FURLANETTO, Cleidiamar Aparecida; AGUSTINI, Josiane. **Relatório da oficina de planejamento do Conselho Local de Saúde do bairro Saco Grande**. Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.

GOHN, Maria da Glória. **A força da periferia**: a luta das mulheres por creches em São Paulo. Petrópolis: Vozes, 1985.

_____. **Movimentos sociais e luta pela moradia**. São Paulo: Loyola, 1991.

_____. **Os sem-terra, ONGs e cidadania**: a sociedade civil brasileira na era da globalização. São Paulo: Cortez, 1997.

_____. O novo associativismo e o terceiro setor. **Serviço Social e sociedade**, São Paulo, n. 58, p. 9-23, nov. 1998.

_____. Sociedade civil no Brasil: conceito e sujeitos atuantes. In: SEMINÁRIO BALANÇO E PERSPECTIVAS DAS POLÍTICAS SOCIAIS NO CENÁRIO MUNDIAL ATUAL, 1., 2002, Porto Alegre. **Caderno ideação**. Porto Alegre, 2002. p. 73-82.

_____. **Conselhos gestores e participação sócio-política**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003. (Coleção questões da nossa época; v. 84).

GOMES, Ana Lúcia. Os conselhos de políticas e de direitos. In: **Capacitação em Serviço Social e política social**. Mód. 4: O trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília: UnB/CEAD, 2000, p. 164-172.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do(a) assistente social na atualidade. **Atribuições privativas do(a) assistente social**: em questão. Brasília: CFESS, 2002.

JACOBI, Pedro R. Descentralização municipal e participação dos cidadãos: apontamentos para o debate. **Lua nova**, São Paulo, n. 20, p. 121-143, mai. 1990.

_____. **Movimentos sociais e políticas públicas**: demandas por saneamento básico e saúde: São Paulo 1974-84. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1993.

_____. Políticas sociais locais e os desafios da participação cidadina. **Ciência e saúde coletiva**. São Paulo, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.com.br>. Acesso em 27/10/2003.

JESUS, Rubem Francisco. **Movimentos populares urbanos como exercício da soberania e sua influência no poder legiferante local**. 2001. 169 f.. Dissertação (Mestrado em Direito) – Departamento de Direito, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

KRUG, Jorge Gilberto. **A mobilização comunitária**: presença dos seminários de desenvolvimento de comunidade. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1984.

KRÜGER, Tânia Regina. Conselho de saúde: as relações no exercício de deliberar e controlar. **Katálisis**, Florianópolis, n. 3, p. 28-39, nov. 1998.

LAURELL, Asa Cristina. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: LAURELL, Asa Cristina (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1995, p. 151-178.

LIMA, Sandra A. Barbosa. **A participação social no cotidiano**. São Paulo: Cortez, 1980.

LIMA, Sandra A. Barbosa, et al. Movimentos sociais urbanos e Serviço Social. **Serviço Social e sociedade**, São Paulo, n. 8, p. 117-135, mar. 1982.

MARTINS, Marilene Correa. **Um olhar para o debate do movimento sócio-comunitário do sul da Ilha de Santa Catarina na luta pelo direito à cidade**: Seminário Regional – Fórum da cidade/UFECO. 125 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Reconstruindo o processo: a construção de uma outra cartografia para intervenção profissional dos assistentes sociais com famílias. **Projeto de pesquisa**. Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

MÜLLER, Kathia. Organização de moradores numa perspectiva de necessidades radicais. **Katálisis**, Florianópolis, n. 1, p. 38-52, jun. 1997.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. **Em defesa da política**. São Paulo: SENAC/SP, 2001.

PAOLI, Maria Célia. Empresas e responsabilidade social: os enredamentos da cidadania no Brasil. In: SANTOS, Boaventura de Sousa (Org.). **Democratizar a democracia**: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002, p. 373-418.

PAOLI, Maria Célia; TELLES, Vera da Silva. Direitos sociais, conflitos e negociações no Brasil contemporâneo. In: ALVAREZ, Sonia E.; DAGNINO, Evelina; ESCOBAR, Arturo (Orgs.). **Cultura e política nos movimentos sociais latino-americanos: novas leituras**. Belo Horizonte: UFMG, 2000, p.103-148.

PETRAS, James. Os fundamentos do neoliberalismo. In: OURIQUES, Nildo Domingos; RAMPINELLI, Waldir José. **No fio da navalha: crítica das reformas neoliberais de FHC**. 2. ed. São Paulo: Xamã, 1997, p. 15-38.

RAICHELIS, Raquel. Assistência social e esfera pública: os conselhos no exercício do controle social. **Serviço Social e sociedade**, São Paulo, n. 56, p. 77-96, mar. 1998.

_____. 10 anos depois da constituição cidadã. **Inscrita**, São Paulo, n. 3, p. 19-22, nov. 1998a.

RAICHELIS, Raquel; ROSA, Cleisa M. Maffei. Considerações a respeito da prática do Serviço Social em movimentos sociais: fragmentos de uma experiência. **Serviço Social e sociedade**, São Paulo, n. 8, p. 69-83, mar. 1982.

ROVER, Oscar José. **A democracia participativa e a questão institucional: o caso de fóruns de desenvolvimento local em dois municípios catarinenses com características essencialmente rurais**. 2000. 155 f.. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) – Departamento de Sociologia Política, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

SADER, Eder. **Quando novos personagens entraram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo (1970-1980)**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SAWAIA, Bader Burihan. Participação e subjetividade. In: SORRENTINO, Marcos (Org.). **Ambientalismo e participação na contemporaneidade**. São Paulo: EDUC/FAPESP, 2001, p. 115-134.

_____. Família e afetividade: a configuração de uma práxis ético-política, perigos e oportunidades. In: ACOSTA, Ana Rojas; VITALE, Maria A. Faller (Orgs.). **Família: redes, laços e políticas públicas**. São Paulo: IEE/PUCSP, 2003, p. 39-50.

SCHERER-WARREN, Ilse. Movimentos sociais e participação. In: SORRENTINO, Marcos (Org.). **Ambientalismo e participação na contemporaneidade**. São Paulo: EDUC/FAPESP, 2001, p. 41-56.

SILVA, Carla Almeida. Os fóruns temáticos da sociedade civil: um estudo sobre o Fórum Nacional de Reforma Urbana. In: DAGNINO, Evelina (Org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002, p. 143-185.

SILVA, Maria O. Silva, et al. Esforço de construção de um projeto profissional a partir da ruptura. In: SILVA, Maria O. Silva (Org.). **O Serviço Social e o popular**: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura. São Paulo: Cortez, 2002, p. 97-216.

SILVA, Ivone M. Ferreira. Os conselhos de saúde no contexto da transição democrática: um estudo de caso. **Serviço Social e sociedade**, São Paulo, n. 55, p. 156-173, nov. 1997.

SIMIONATTO, Ivete. **Crise, reforma do Estado e políticas públicas**: implicações para a sociedade civil e para a profissão. Florianópolis, 1998, 19 p. Mimeografado.

SIMIONATTO, Ivete; NOGUEIRA, Vera M. Ribeiro. Pobreza e participação: o jogo das aparências e as armadilhas do discurso das agências multilaterais. **Serviço Social e sociedade**, São Paulo, n. 66, p. 145-164, jul. 1997.

SOUZA, Maria Luiza de. **Desenvolvimento de comunidade e participação**. São Paulo: Cortez, 1987.

SPOSATI, Aldaíza; LOBO, Elza. Controle social e políticas de saúde. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 366-378, out./dez. 1992.

TATABIGA, Luciana. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, Evelina (Org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002, p. 47-103.

TEIXEIRA, Ana C. Chaves. A atuação das organizações não-governamentais: entre o Estado e o conjunto da sociedade. In: DAGNINO, Evelina (Org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002, p. 105-142.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Curso de Especialização em Saúde da Família Modalidade Residência. **Plano de trabalho**. Florianópolis, 2002.

VALLA, Victor Vincent. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cadernos de saúde pública**. Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.com.br>. Acesso em 27/10/2003.

VASCONCELOS, Ana Maria. Relação teoria/prática: o processo de assessoria/consultoria e o Serviço Social. **Serviço Social e sociedade**, São Paulo, n. 56, p. 114-134, mar. 1998.

VIANA, Masilene Rocha. Lutas sociais e redes de movimentos no final do século XX. **Serviço Social e sociedade**, São Paulo, n. 64, p. 34-56, nov. 2000.

WANDERLEY, Mariângela Belfiore. **Metamorfoses do desenvolvimento de comunidade e suas relações com o Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1993.

WOLKMER, Antônio Carlos. **Pluralismo jurídico**: o espaço de práticas sociais participativas. 1992. 530 f.. Tese (Doutorado em Direito) – Departamento de Direito, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1992.

ANEXOS

Anexo a

DEFINIÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES DOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS

RESOLUÇÃO Nº 01, DE 11 DE MAIO DE 2000

O Secretário Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social, no uso das atribuições, tendo em vista a aprovação do Conselho Municipal de Saúde, e considerando a necessidade de definir os critérios para criação, implantação, denominação, mandato e funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde, no âmbito do município de Florianópolis;

RESOLVE:

1- O Conselho Local de Saúde é o órgão consultivo do Sistema Único de Saúde (SUS), na área de abrangência da unidade local de saúde, relacionando-se diretamente à hierarquia do CMS, atuando com atenção especialmente aos níveis de planejamento local, avaliação da execução, e controle social das ações de saúde ou correlacionadas à saúde, colaborando na definição de prioridades e estabelecimento de metas a serem cumpridas na área de abrangência da Unidade de Saúde.

2- Da criação, implantação, funcionamento, mandato e duração do Conselho Local de Saúde.

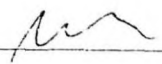
A criação dos Conselhos Locais de Saúde, sua implantação, funcionamento e duração do mandato dos representantes serão na forma da presente Resolução, acompanhada e avaliada permanentemente pelo Conselho Municipal de Saúde.

3- O Conselho Local de Saúde, será instalado na sua área de abrangência, definida de acordo com a regionalização adotada pela Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social, e composto por representantes das seguintes entidades:

3.1- Representantes dos Usuários: Moradores (a partir de 18 anos de idade), residentes no local há mais de 02 (dois) anos, na área de abrangência da Unidade Local de Saúde.

3.2- Estabelecimentos localizados na área de abrangência da unidade local de saúde com atividades de interesse, alcance ou repercussão comunitários e/ou sociais

(associação de moradores, empresas privadas, organizações não governamentais, entidades religiosas e outras) **sem vínculos** (convênios, parcerias, concessões e outros) **governamentais formais de qualquer natureza em todo o Brasil.**



3.3 – Representantes da Unidade Local de Saúde da administração direta da esfera municipal.

3.4 – Outros estabelecimentos públicos ou com participação pública ou privada, localizados na área de abrangência da unidade local de saúde, de entidade com atividades de interesse, alcance ou repercussão comunitários e ou sociais (associação de moradores, empresas públicas/privadas, organização não governamentais, entidades profissionais, entidades religiosas e outras) **com vínculos** (convênios, parcerias, concessões e outros) **governamentais formais de qualquer natureza em todo o Brasil.**

4 – DA COMPOSIÇÃO

A Composição do CLS por categoria dos conselheiros obedecerá a seguinte composição, obedecendo ao mínimo de 9 (nove) e ao máximo de 17 (dezesete) representantes da área de abrangência.

4.1. – Os moradores terão direito a indicar o mínimo de 2 Conselheiros Titular e seus respectivos suplentes, mediante apresentação de lista com assinaturas, contendo nome completo, endereço e n° da carteira de identidade dos seus pares da área de abrangência. Como critério de habilitação e de desempate serão adotados sucessivamente: maior n° de assinaturas, tempo de residência, tempo do usuário na unidade local de saúde, idade.

4.2 – A unidade local de saúde terá direito a indicar 4 Conselheiros Titulares com os respectivos Conselheiros Suplentes, assim definidos:

a) 1 Titular coordenador(a) da unidade local de saúde e respectivo suplente profissional de saúde da unidade local de saúde;


b) 1 titular profissional da unidade local de saúde e respectivo suplente profissional da unidade local de saúde;

c) 1 titular supervisor(a) do Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) e respectivo suplente Agente Comunitário de Saúde (ACS);

d) 1 titular Agente Comunitário de Saúde (ACS) e respectivo suplente Agente Comunitário de Saúde (ACS).

4.3 – Os demais estabelecimentos terão direito a indicarem respectivamente, 1 conselheiro titular e 1 conselheiro suplente para cada representação, **mediante apresentação de declaração identificadora de suas características e categoria, conforme itens 3.2 e 3.4.**

4.4 – os Representantes dos Usuários assim definidos nos itens 3.1 e 3.2, terão sempre direito a indicar 1 Conselheiro Titular e mais, do que o número de conselheiros das demais representações assim definidos nos itens 3.3 e 3.4.



5 - DA IMPLANTAÇÃO

A implantação dos Conselhos Locais de Saúde poderá ter início com a participação de uma ou mais entidades sob orientação e supervisão da Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social de Florianópolis e do Conselho Municipal de Saúde.

5.1 - A efetiva implantação dos Conselhos Locais de Saúde se dará com a posse dos conselheiros titulares e conselheiros suplentes, pelo Conselho Municipal de Saúde, através de ato do seu Presidente.

5.2 - Serão eleitos entre os conselheiros titulares; 1 (um) coordenador e 1 (um) coordenador adjunto; 1 (um) secretário e 1 (um) secretário adjunto.

5.3 - Nenhuma pessoa poderá exercer 2 (duas) ou mais representações de conselheiro titular ou suplente, durante o mesmo mandato, nos demais Conselhos Locais de Saúde do município de Florianópolis.

5.4 - O Conselho Local de Saúde terá duração indeterminada. Os conselheiros ao tomarem posse cumprirão mandato por período de 2 (dois) anos, coincidente com os períodos previstos para o Conselho Municipal de Saúde, com início no ato da assembléia local que se realizará até 30 (trinta) dias após a assembléia de eleição do Conselho Municipal de Saúde. O primeiro e os sucessivos mandatos terão a duração desde a Assembléia de implantação até a posse do Conselho sucessor à reeleição. A reeleição seguirá as normas adotadas nos documentos permanentes aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.

5.5 - A convocação da Assembléia Local, conforme item 5.4, terá ampla divulgação com antecedência mínima de 15 (quinze) dias.

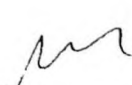
6-DO FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE:

6.1 - As proposições, sugestões de sua competência serão apresentados para discussão, em caráter público, com discussão aberta e objeto de indicação para classificação de prioridades e metas, garantindo a isenção de outros interesses na proposição e decisão de temas que não reflitam o controle social do ponto de vista do usuário.

6.2- Recomenda-se que as reuniões ordinárias do Conselho Local de Saúde, sejam preferencialmente mensais, às 19 horas, não coincidentes com as datas das reuniões ordinárias do Conselho Municipal de Saúde, evitando-se fins de semana ou feriados, podendo obedecer a um calendário previamente elaborado. Poderão ser agendadas reuniões extraordinárias por motivo relevante e convocada pela maioria dos Conselheiros.

6.3 - Os conselheiros titulares terão direito a voz e voto;
- Todos os participantes terão direito a voz

6.3.1 - Os conselheiros suplentes substituirão os respectivos titulares em todos os seus impedimentos e assumirão as suas funções Na ausência do Titular



6.3.2-O conselheiro (titular ou suplente) será penalizado com falta quando não apresentar justificativa fundamentada, verbalmente ou por escrito, até o final da próxima reunião do Conselho Local de Saúde.

6.3.3- A penalidade de perda do mandato, substituição definitiva pelo respectivo suplente, obedecerá as normas adotadas nos documentos oficiais do Conselho Municipal de Saúde.

7- DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Os Conselhos Locais de Saúde já implantados até a presente data, deverão se adequar às presentes Normas no que lhe concerne de forma a ajustar o atual mandato ao período compatível para que o próximo Conselho seja convocado , instalado e funcione conforme estabelecido nesta Resolução.

Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.



MANOEL AMÉRICO BARROS FILHO
SECRETÁRIO DA SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SOCIAL

Anexo b

Proposta de Regimento Interno do Conselho Local de Saúde (CLS) do Centro de Saúde do Bairro Saco Grande II (área de abrangência inclui o Monte Verde)

Da Criação e da Função do CLS

Artigo 1. O Conselho Local de Saúde (CLS) criado pela Resolução N.01, de 11 de maio de 2000, do Conselho Municipal de saúde de Florianópolis, foi implantado no Centro de Saúde Saco Grande II, em 05 de dezembro de 2002, através de assembléia geral amplamente divulgada para exercer as funções previstas na referida Resolução.

Da Composição do CLS

Artigo 2. O CLS é paritário, composto por no mínimo 09 (nove) e no máximo 17 (dezesete) membros titulares e igual número de suplentes, sendo que os usuários terão direito a 50% mais 01(hum) dos membros em relação ao número das demais representações, isto é, representantes dos trabalhadores de saúde e instituições com vínculo governamental.

Artigo 3. O coordenador do centro de saúde é membro permanente do CLS.

Artigo 4. O CLS terá sua diretoria composta por 01 (um/a) coordenador(a) e 01 (um/a) coordenador(a)-adjunto(a), 01 (um/a) secretário(a) e 01 (um/a) secretário(a)-adjunto(a) que serão eleitos entre os conselheiros titulares.

Artigo 5. O CLS tem duração indeterminada, sendo que o mandato dos conselheiros é de 02 (dois) anos, coincidente com

os períodos previstos para o Conselho Municipal de saúde, com início no ato da assembléia local que se realizará até 30 (trinta) dias após a assembléia de eleição do Conselho Municipal de Saúde. O primeiro e os sucessivos mandatos terão a duração desde a assembléia de implantação até a posse do Conselho sucessor à reeleição. A reeleição seguirá as normas adotadas nos documentos permanentes aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde.

Artigo 6. Ao findar o mandato dos conselheiros, será realizada uma assembléia amplamente divulgada na comunidade para a eleição dos membros. Assim qualquer pessoa da comunidade ou do serviço de saúde poderá inscrever-se para compor o Conselho Local de Saúde. A convocação desta assembléia deverá ter ampla divulgação com antecedência de no mínimo 15 (quinze) dias da eleição.

Do funcionamento do CLS

Artigo 7. Todos os membros titulares estão convocados a participar das reuniões ordinárias (e extraordinárias quando houver), que serão mensais, na primeira Quinta-feira de cada mês, às 19 (dezenove) horas, no centro de saúde Saco Grande II.

Artigo 8. Os conselheiros titulares terão direito à voz e voto. Os conselheiros suplentes substituirão os titulares em suas faltas, com direito a voz e quando substituir o titular a voto.

Artigo 9. As faltas dos conselheiros titulares deverão ser justificadas, até a reunião seguinte, verbalmente, ou por escrito.

Artigo 10. Serão dispensados os membros titulares, que sem motivo justificado, deixarem de comparecer a 03(três) reuniões consecutivas ou 06(seis) reuniões intercaladas no período de 1 (um) ano.

Artigo 11. A substituição temporária dos membros faltosos, ou a substituição definitiva dos titulares dispensados, será de acordo com, primeiramente com a vinculação de um titular a um suplente, e como segundo critério, a maior participação do suplente às reuniões.

Artigo 12. Quando a metade dos conselheiros suplentes estiverem definitivamente na condição de titulares, será feita uma nova convocação, amplamente divulgada, para a escolha e preenchimento das vagas disponíveis entre os membros suplentes.

Das Reuniões do CLS

Artigo 13. O quórum das reuniões será de metade mais 01 (um) dos conselheiros presentes, em duas chamadas. A primeira às 19 (dezenove) horas e a Segunda às 19:30 (dezenove e trinta) horas com qualquer número de conselheiros.

Artigo 14. As decisões do CLS serão tomadas por maioria simples, sempre através de voto aberto e repassadas

periodicamente ao Conselho Municipal de Saúde, através de relatórios ou atas, para o devido encaminhamento.

Artigo 15. Os assuntos da pauta das reuniões podem ser solicitados por qualquer pessoa interessada, desde que apresentados por um conselheiro titular ou suplente no início da reunião.

Artigo 16. Modificações neste regimento poderão ser feitas em reuniões específicas para este fim.

Anexo c

Florianópolis, 19 de março de 2003.

Do: Conselho Local de Saúde/C. S. Saco Grande II

Para:

Carta-Convite

Vimos através desta encaminhar proposta de regimento interno do Conselho Local de Saúde para que seja amplamente discutida junto a esta associação, de forma que sejam levantadas sugestões que possam ser acrescentadas a mesma.

Aproveitamos a oportunidade para convidá-los a participarem da próxima reunião do Conselho Local de Saúde, que se realizará no dia 03/04/2003, às 19:00 horas, no auditório do Centro de Saúde Saco Grande II, quando será discutida esta proposta e aprovado o Regimento interno do CLS.

Sem mais, nos despedimos, esperando contar com a colaboração de todos no intuito de melhorarmos a saúde do nosso bairro.

Atenciosamente,



Renata Borges

Secretária do Conselho Local

Anexo d

Regimento Interno do Conselho Local de Saúde (CLS) do Bairro Saco Grande (área de abrangência inclui o Monte Verde)

Da Criação e da Função do CLS

Artigo 1. O Conselho Local de Saúde (CLS) foi criado conforme Resolução N.01, de 11 de maio de 2000, do Conselho Municipal de saúde de Florianópolis e implantado no bairro Saco Grande, em 05 de dezembro de 2002, conforme assembléia geral amplamente divulgada para exercer as funções previstas na referida Resolução.

Da Finalidade do CLS

Artigo 2. O Conselho Local de saúde é o órgão consultivo do Sistema Único de Saúde (SUS), na área de abrangência do bairro Saco Grande, relacionando-se diretamente à hierarquia do CMS, atuando com atenção especialmente aos níveis de planejamento local, avaliação da execução, e controle social das ações de saúde ou correlacionadas à saúde, colaborando na definição de prioridades e estabelecimento de metas a serem cumpridas em sua área de abrangência.

Da Composição do CLS

Artigo 3. O CLS é composto por no mínimo 09 (nove) e no máximo 17 (dezessete) membros titulares e igual número de suplentes, sendo que os usuários terão direito a 50% mais 01(hum) dos membros em relação ao número das demais

representações, isto é, representantes dos trabalhadores de saúde e instituições com vínculo governamental.

Artigo 4. O coordenador do centro de saúde é membro titular do Conselho Local, cuja participação deve ser efetiva, não se aplicando neste item o artigo 10.

Artigo 5. O CLS terá sua diretoria composta por 01 (um/a) coordenador(a) e 01 (um/a) coordenador(a)-adjunto(a), 01 (um/a) secretário(a) e 01 (um/a) secretário(a)-adjunto(a) que serão eleitos entre os conselheiros titulares.

Artigo 6. O CLS tem duração indeterminada, sendo que o mandato dos conselheiros é de 02 (dois) anos, coincidente com os períodos previstos para o Conselho Municipal de saúde, com início no ato da assembléia local que se realizará até 30 (trinta) dias após a assembléia de eleição do Conselho Municipal de Saúde. O primeiro e os sucessivos mandatos terão a duração desde a assembléia de implantação até a posse do novo Conselho sucessor. A eleição seguirá as normas adotadas nos documentos permanentes aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde.

Artigo 7. Ao findar o mandato dos conselheiros, será realizada uma assembléia amplamente divulgada na comunidade para a eleição dos membros. Assim qualquer pessoa da comunidade ou do serviço de saúde poderá inscrever-se para compor o Conselho Local de Saúde. A convocação desta assembléia deverá ter ampla divulgação com antecedência de no mínimo 15 (quinze) dias da eleição.

Do funcionamento do CLS

Artigo 8. Todos os membros titulares estão convocados a participar das reuniões ordinárias (e extraordinárias quando houver), que serão mensais, na primeira Quinta-feira de cada mês, às 19 (dezenove) horas, no centro de saúde Saco Grande II.

Artigo 9. Os conselheiros titulares terão direito à voz e voto. Os conselheiros suplentes substituirão os titulares em suas faltas, com direito a voz e quando substituir o titular a voto.

Artigo 10. As faltas dos conselheiros titulares deverão ser justificadas antecipadamente, preferencialmente, verbalmente ou por escrito. A presença do suplente abonará a falta do titular.

Artigo 11. Serão dispensados os membros titulares, que sem motivo justificado, deixarem de comparecer a 03(três) reuniões consecutivas ou 06(seis) reuniões intercaladas no período de 1 (um) ano.

Artigo 12. A substituição temporária dos membros faltosos, ou a substituição definitiva dos titulares dispensados, será de acordo com, primeiramente com a vinculação de um titular a um suplente, e como segundo critério, a maior participação do suplente às reuniões.

- Da Organização das reuniões do CLS

Artigo 13. As reuniões do Conselho Local deverão iniciar-se com a leitura da ata da reunião anterior, com posterior levantamento de pontos pendentes e sua aprovação. Se necessário estes pontos poderão ser inseridos na pauta da reunião. Logo após a aprovação da ata, segue os informes e a pauta propriamente dita.

Artigo 14. A pauta da reunião do CLS deverá ser definida na reunião anterior e divulgada pelo Conselho para a comunidade com o objetivo de estimular a participação.

Artigo 15. Casos omissos em relação a organização das reuniões e pauta serão discutidos e definidos pelos conselheiros em reunião.

Das Reuniões do CLS

Artigo 16. O quórum das reuniões será de metade mais 01 (um) dos conselheiros presentes, em duas chamadas. A primeira às 19 (dezenove) horas e a Segunda às 19:30 (dezenove e trinta) horas com qualquer número de conselheiros.

Artigo 17. As decisões do CLS serão tomadas por maioria simples, sempre através de voto aberto e repassadas periodicamente ao Conselho Municipal de Saúde, através de relatórios ou atas, para o devido encaminhamento.

Artigo 18. Modificações neste regimento poderão ser feitas em reuniões específicas para este fim.

Anexo e

REUNIÃO DO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE

Dia 07/08 (quinta-feira) às 19h
No Auditório do Centro de
Saúde do Saco Grande

Anexo f

OFICINA DE PLANEJAMENTO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE SACO GRANDE – FPOLIS

SERVIÇO SOCIAL
Unidade Básica de Saúde do Saco Grande
Florianópolis, agosto de 2003

Objetivos

- Contribuir ao planejamento das ações do Conselho Local de Saúde do bairro Saco Grande
- Realizar levantamento de questões a serem priorizadas pelo Conselho Local de Saúde do bairro Saco Grande como subsídio a ação planejada.

Público-Alvo

- Conselheiros do Conselho Local de Saúde do bairro Saco Grande

Representantes das Entidades Não-Governamentais

- Conselho Comunitário do Monte Verde - CCMV: Rogério Braz
- Associação de Moradores do Sol Nascente - AMSOL: Vanderlei
- Conselho Comunitário do Saco Grande - COMOSG: Rosângela
- Associação Pró-Comunidade - APROCOM: Dilma
- Associação de Moradores da Vila Cachoeira - AMVIC: Sayonara

Representantes dos Moradores

- Angelita e Terezinha
- Francisco e Terezinha
- Suzana e Tatiana

Representantes das Entidades Governamentais

- Escola Municipal Donícia: Tereza
- Colégio Estadual Laura Lima: Solange
- Curso Multiprofissional em Saúde da Família/Residência: Elisandrea

Profissionais de Saúde

- Coordenador da Unidade de Saúde
- Renata
- Marly

- Representantes do Movimento Sócio-Comunitário do bairro Saco Grande

- Associação Comunitária Loteamento João Gonzaga da Costa – ACOLJOGOC
- Associação Catarinense de Integração do Cego – ACIC

- Creche Municipal Orlandina Cordeiro
 - Creche Municipal Vila Cachoeira
 - SEEDE
 - CEVGUIA/Creche do Hildo
 - Associação de Moradores do Parque da Figueira
 - Associação de Moradores do Caminho da Cruz - APROCruz
 - Paróquia São Francisco Xavier – Pastoral da Saúde e da Criança
 - Igreja Evangélica – Igreja Quadrangular
 - Assistente Social do Projeto Bom Abrigo – Vila Cachoeira
 - Condomínio Residencial Central Park
- Moradores do bairro Saco Grande

Estratégias de Ação

Oficina de Planejamento Conselho Local de Saúde do Bairro Saco Grande - Fpolis

Data: 16/08/2003

Local: Escola Básica Donícia Maria da Costa

Horário: 14:00h

Mobilização do público-alvo

Público-Alvo	Estratégia	Responsáveis
Conselheiros	Ofício entregue pessoalmente e contato telefônico no dia anterior	Equipe de Serviço Social
Representantes do Movimento Sócio Comunitário	Ofício entregue pessoalmente e contato telefônico no dia anterior	Equipe de Serviço Social e Conselheiros
Moradores	Cartazes na Unidade de Saúde e nas organizações da comunidade	Equipe de Serviço Social

Atividades

Horário	Atividades	Coordenação
13:30	Organização do Ambiente	Equipe de Serviço Social
14:00	Abertura: exposição dos objetivos e apresentações pessoais	Assistente Social Magda
14:20	Trabalhos em grupos	

15:20	Intervalo	
15:40	Discussão	Assistente Social Magda
17:40	Avaliação e Encerramento	Assistente Social Magda

Recursos

Atividades	Recursos	Responsáveis
Organização do Ambiente		
Abertura: exposição dos objetivos e apresentações pessoais		
Trabalhos em grupos		
Apresentação do resultado dos trabalhos em grupos		
Intervalo		
Discussão		
Avaliação e Encerramento		

Cronograma

Data	Horário	Local	Atividade
25/07	09:00	UFSC	Reunião de Planejamento Equipe de Serviço Social
07/08	18:30		Apresentação à Teresa (Coordenação do CLS do Saco Grande)
07/08	19:00	Centro de Saúde	Apresentação no CLS do Saco Grande
11/08	10:30	UFSC/DSS	Reunião de Preparação da Mobilização
12/08	13:30	Saco Grande	Mobilização
13/08	13:30	Saco Grande	Mobilização
16/08	14:00	Escola Donícia	Oficina de Planejamento

Anexo g

RELATÓRIO DA OFICINA DE PLANEJAMENTO DO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE – CLS – DO BAIRRO SACO GRANDE

Cleidiamar Aparecida Furlanetto*
Josiane Agustini*

Data: 16/08/2003 – Sábado.

Horário previsto para início: 14:00hs – início real: 15:00hs

Local: Auditório da Escola Donícia.

Coordenação da Oficina: Equipe do Serviço Social.

A Oficina de Planejamento do CLS teve início às 15:00hs, no Auditório da Escola Donícia do Bairro Saco Grande. Participaram da oficina: representantes de entidades comunitárias locais, representantes de instituições locais, profissionais do Centro de Saúde - incluindo supervisora e estagiárias do Curso de Serviço Social da UFSC, membros do CLS do bairro Saco Grande e moradores do bairro.

Inicialmente Dra Renata apresentou a Assistente Social Magda como coordenadora da oficina, passando a palavra à esta. Magda iniciou dizendo que, além de ser Assistente Social é membro do Conselho Estadual de Saúde. Magda combinou com os presentes como se daria a realização das atividades, bem como dos horários de início e término. A maioria dos presentes informou que poderiam permanecer até às 16:00hs ou 16:30hs na reunião. Dessa forma ficou estipulado que a reunião terminaria por volta das 16:30hs e que não seria feito intervalo.

A Assistente Social Magda expôs os objetivos da oficina, diz que o grupo presente foi menor do que o esperado. Neste momento alguns dos participantes se manifestaram no sentido de que aos sábado torna-se difícil à participação, preferem que essas reuniões sejam feitas durante a semana – de segunda a sexta.

A Oficina teve seqüência com a apresentação dos presentes. A As. Social Magda iniciou a dinâmica propondo que se fizesse uma tempestade de idéias ou jogo rápido sobre o que cada um dos presentes pensava sobre: **“O que é saúde?”**, as idéias iam sendo escritas pela Assistente Social Magda em um cartaz colado sobre o quadro.

Quando se esgotaram as idéias, As Social Magda fez uma leitura do conteúdo exposto no cartaz. O conteúdo foi o seguinte:

“Bem-estar, saneamento, prevenção, alimentação, higiene, casa, trabalho, dinheiro, sexo, recursos financeiros, direitos, saúde mental, lazer, paz de espírito, amor, educação, acesso aos serviços de saúde, transporte, conforto, amizade, solidariedade, família”.

A As. Social Magda seguiu dizendo que se saúde é tudo isso, rompe-se com a visão de perceber saúde apenas como “serviço de saúde” ou ausência de doença. Drª Renata comentou

que *saúde* é vista pelo senso comum como o estado de não estar doente e que se pensa em saúde sempre a vinculando a doença, ou a ausência de doença.

Seguindo a dinâmica, A As. Social Magda colocou para discussão a seguinte frase: **"Se saúde é todo este conjunto, quem tem a responsabilidade pela saúde?"**.

Os participantes puderam expor o que pensavam sobre esta indagação, sendo estes pensamentos transcritos em cartazes pela As Social Magda da seguinte forma:

"indivíduo, governo/estado, sociedade civil organizada, empresas perante seus trabalhadores e responsabilidade social, família, profissionais de saúde, serviços de saúde, igrejas, pastorais, escolas".

Algumas ilustrações justificaram a concepção dos presentes:

Elizabete - moradora do bairro - colocou que *"se cada pessoa pensar a saúde nesse conjunto, cada vez mais ela será percebida como este conjunto, se todos tiverem esta compreensão iremos para o sentido de saúde em sua amplitude"*.

Claudirene - coordenadora do CS - diz que *"a escola tem uma parcela na conscientização e formação da visão da criança, do indivíduo, sobre a percepção de saúde"*.

Seguindo, a As. Social Magda falou: **"partindo do conceito que criamos de saúde e quem é responsável por ela, o que isso nos leva a pensar?** Continua dizendo que o conceito e a responsabilidade devem ser pensados em parceria, em parcerias como busca para enfrentamento dos problemas da comunidade.

Dando seqüência a oficina, a As. Social Magda sugeriu que cada participante pensasse nos principais problemas de saúde encontrados no Bairro Saco Grande. Em seguida cada participante fez a exposição dos problemas que consideraram existirem no bairro, ficando os seguintes, por ordem de exposição:

- **Drogas e alcoolismo – adolescentes e adultos;**
- **Violência;**
- **Desemprego;**
- **Pobreza;**
- **Saneamento básico;**
- **Falta de educação formal e informal;**
- **Cachorros na rua;**
- **Desnutrição infantil – subnutrição;**
- **Fome;**
- **Dificuldade de integração e mobilização comunitária;**
- **Prostituição;**
- **Falta de calçadas;**

- **Deficiência no planejamento familiar;**
- **Falta de informação;**
- **Exclusão social;**
- **Falta de recursos humanos em saúde – PSF deficiente;**
- **Saúde mental;**
- **Dificuldades de acesso a medicamentos controlados, reabilitação, hemodiálise, exames e consultas especiais.**

Partindo destes problemas, a As. Social Magda sugeriu que se fizesse um agrupamento de problemas enumerando cada grupo. Ficou o seguinte:

- 1 - Drogas e alcoolismo;**
- 2- Violência/violência doméstica;**
- 3 - Desemprego, pobreza, fome, exclusão social, prostituição;**
- 4 - Esgoto, falta de calçadas, água não tratada;**
- 5- Falta de educação e educação inadequada – formal e informal – falta de creches;**
- 6 - Animais nas ruas;**
- 7 - Desnutrição e subnutrição infantil;**
- 8 - Dificuldades de integração e mobilização comunitária;**
- 9 - Deficiência no planejamento familiar;**
- 10 - Falta de recursos humanos em saúde – PSF deficiente;**
- 11 - Falta de serviços de saúde mental;**
- 12 - Dificuldades de acesso a medicamentos controlados, reabilitação, hemodiálise, exames e consultas especiais.**

A As. Social Magda seguiu sugerindo que, baseado no conhecimento e informações que os participantes têm sobre a realidade do bairro, se ordene esta lista acima priorizando os problemas que deverão ser tratados e debatidos pelo CLS. Ficando ordenado da seguinte maneira:

- 1º - Drogas e alcoolismo – adolescentes e adultos;**
- 2º - Dificuldades de integração e mobilização da comunidade;**
- 3º - Educação deficiente – formal e informal/ falta de creches;**
- 4º - Falta de recursos humanos em saúde – PSF deficiente;**
- 5º - Falta de redes de esgoto e calçadas, água não tratada;**
- 6º - Desemprego, pobreza, fome, exclusão social, prostituição;**
- 7º - Animais nas ruas;**

- 8° - Dificuldades de acesso a medicamentos controlados, reabilitação, hemodiálise, exames e consultas especiais;
- 9° - Falta de serviços de saúde mental;
- 10° - Desnutrição e subnutrição infantil;
- 11° - Deficiência no planejamento familiar;
- 12° - Violência/violência doméstica.

Na sequência, a As. Social Magda sugeriu que os participantes pensassem nesses problemas levantados, de maneira que viessem a percebê-los e classificá-los em prioridades de solução, também pensassem nas reais condições que o CLS tem para enfrentar estes problemas. Magda ainda sugeriu que se pense em parcerias para enfrentar os problemas, primeiramente traçando os objetivos que se busca alcançar.

Dra Renata colocou que o problema da **dificuldade de integração** (nº 2) para o CLS é de fundamental importância, devendo ser trabalhado no sentido de fortalecimento e congregação dos vários segmentos do Bairro: CLS, profissionais do CS, organizações sociais, entidades comunitárias e moradores da comunidade. Dra Renata ainda falou que todos os problemas elencados estão interligados de uma forma ou de outra, sugerindo assim que se pense em trabalho partindo do problema nº 2, trabalhando em seguida os outros problemas, já que se percebe que tudo gira em torno do problema nº 2.

A As. Social Magda seguiu dizendo que as ações do CLS devem iniciar a partir de um problema concreto e que o nº 2, por si só, não se apresenta concretamente. A As Social Magda ainda disse que as pessoas se unem por um motivo, partem de uma coisa concreta, a mobilização que desempenham seria uma consequência.

Teresa – coordenadora do CLS representante da Escola Donícia - sugeriu que se criasse um itinerário de reuniões do CLS, descentralizadas que aconteceriam em várias locais ou instituições da comunidade. Citou como exemplo de locais a escola, o COMOSC, a creche e a Igreja, disse que isso facilitaria a integração e maior participação da comunidade, através desta circulação de reuniões.

Franciele – estagiária de Serviço Social no CS - sugeriu que fossem feitas ações que vissem o comprometimento da população nas questões do bairro e que dessem visibilidade ao CLS.

Leda – moradora do bairro - sugeriu que o CLS interferisse na educação formal, nas escolas, mostrando - se através de ações educativas e de conscientização das crianças. Dra Renata disse que o CS tem muitos recursos, estudantes e profissionais de várias áreas e que esses recursos poderão ser otimizados. Comenta ainda que o que realmente acontece é um desperdício de recursos humanos.

Finalizando, a As. Social Magda orientou a oficina para encaminhamentos, ficando definido o seguinte:

Encaminhamentos:

A As. Social Magda coordenou os encaminhamentos sugerindo que se faça um informativo do que foi discutido na Oficina. Um informativo com o objetivo de mostrar à comunidade que existe um CLS e que este está mobilizado. Mostrar também os principais problemas existentes na comunidade do Bairro Saco Grande, além de mobilizar membros do CLS que não estiveram na oficina.

As Estagiárias do Curso de Serviço Social no CS ficaram responsáveis pelos relatos da presente Oficina, sendo este realizado em conjunto com a Conselheira Teresa e a moradora Elizabete.

A elaboração do informativo, que será distribuído à população do bairro, também ficou sob a responsabilidade da equipe que fará o relato da oficina.

Ficou definido também que a continuidade do processo de planejamento das ações do CLS será discutida na próxima reunião ordinária do CLS.

Anexo h

INFORMATIVO

CONSELHO LOCAL DE SAÚDE DO SACO GRANDE

SETEMBRO/2003

atividade que é toda 1ª 5ª feira do mês

VAI ACONTECER NESTE MÊS

- 06/09 – Conferência Regionalizada no Centro de Ciências Agrária
- 25-26/09 - Conferencia municipal de saúde

ACONTECEU

- ✓ Reunião do Conselho Local em 07/08
- ✓ Reunião de Planejamento do Conselho Local em 16/08

COMO FOI A REUNIÃO DE PLANEJAMENTO:

CE5 - Conselho Local de Saúde
A Assistente Social Magda UFSC atuou como facilitadora, propondo, inicialmente, que os participantes fizessem um levantamento dos assuntos que julgássemos fazer parte do tema SAÚDE. Entre as muitas sugestões, BEM-ESTAR, SANEAMENTO, PREVENÇÃO, ALIMENTAÇÃO, HIGIÊNE, RECURSOS, LAZER, AMIZADE/SOLIDARIEDADE, foram alguns dos temas mencionados. A seguir, a facilitadora perguntou de quem seria a responsabilidade para se obter os resultados. Como resposta, os participantes disseram que:

- | | | |
|-------------|---------------------|--------------------------|
| ❖ Indivíduo | ❖ Governo | ❖ Sociedade Civil |
| ❖ Empresas | ❖ Família | ❖ Escola |
| ❖ Igrejas | ❖ Serviços de Saúde | ❖ Profissionais da Saúde |

Após este debate, um novo levantamento foi feito com os participantes, desta vez, relacionando os problemas vivenciados no bairro. Um número grande de problemas foi apontado pelos participantes e no final, foram escolhidos apenas 5 (cinco) deles que deverão ser o objetivo do Conselho em buscar melhorias.

1. Drogas e alcoolismo (adulto e adolescentes)
2. Dificuldade de integração entre as diversas entidades do bairro
3. Deficiência na educação formal e informal
4. Falta de recursos para a saúde – PSF – {Programa de Saúde Familiar} deficiente
5. Falta de saneamento básico

Finalizando a reunião, a facilitadora Magda sugeriu que a discussão das estratégias ou um plano de ação deveria ser discutido na reunião normal do Conselho e lembrou da importância em se fazer parcerias para obter melhores resultados.

PENSE NISTO:

- QUAL A SAÚDE QUE TEMOS?
- QUAL SUS QUE QUEREMOS?

EM 24 e 25 OUTUBRO VEM AÍ A CONFERENCIA ESTADUAL DE SAÚDE E EM 02/10 A REUNIÃO MENSAL DO CONSELHO. PARTICIPE!!!